

بررسی تفاوت‌های جنسیتی

در پیامدهای روانی-اجتماعی ناباروری

در بین مراجعین به مرکز ناباروری شهر یزد

الهام زارع‌زاده مهریزی**

محمداسماعیل ریاحی*

چکیده

ناباروری به عنوان پدیده‌ای با ماهیت زیستی، هم‌زمان ابعادی روانی-اجتماعی نیز دارد. از این رو، بروز پیامدهای روانی-اجتماعی به دنبال تشخیص ناباروری، پدیده‌های قابل انتظار خواهد بود. لذا؛ پژوهش حاضر قصد دارد تا به بررسی برخی از پیامدهای روانی-اجتماعی منفی ناباروری در بین نمونه‌ای از زنان و مردان نابارور شهر یزد پرداخته و تفاوت‌های جنسیتی در این زمینه را شناسایی کند. پژوهش حاضر با به کارگیری روش پیمایش، از پرسش‌نامه همراه با مصاحبه جهت گردآوری داده‌ها، بهره برده است. حجم نمونه شامل ۳۶۰ نفر (۱۸۰ زوج نابارور) مراجعه کننده به مرکز ناباروری شهر یزد می‌باشد که با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شده‌اند. نتایج تحقیق حاکی است که تفاوت جنسیتی معناداری در گزارش کردن پیامدهای منفی ناباروری در بین مردان و زنان نابارور وجود ندارد؛ با این حال، مردان و زنان در شیوه‌های مقابله با داغ ناباروری، میزان انزوای ناشی از ناباروری، نوع تصور از خویشتن به علت ناباروری، و نیز تصور از نوع نگاه دیگران مهم نسبت به خود، تفاوت‌های معناداری با یکدیگر داشتند.

واژگان کلیدی

تفاوت‌های جنسیتی، ناباروری، پیامدهای روانی-اجتماعی ناباروری، برچسب‌زنی، استیگما.

*- استادیار گروه علوم اجتماعی دانشگاه مازندران m.riahi@umz.ac.ir

** - دانشجوی کارشناسی ارشد مطالعات جوانان دانشگاه مازندران

۱- مقدمه و طرح مسئله

مطابق تعریف سازمان جهانی بهداشت (۱۹۹۱)، ناتوانی در باردار شدن پس از یک سال مقاربت منظم یا تلقیح مصنوعی بدون استفاده از روش‌های جلوگیری از بارداری و یا ناتوانی در داشتن یک حاملگی موفق، به عنوان ناباروری^۱ تعریف می‌شود. ناتوانی در باردار شدن می‌تواند به دو شکل ناباروری اولیه و ناباروری ثانویه باشد؛ ناباروری اولیه به این معناست که فرد، توانایی باردار شدن در زمان حاضر را ندارد. ناباروری ثانویه زمانی اتفاق می‌افتد که یک زن در گذشته توانسته است باردار شود، اما در زمان حاضر قادر به بارداری نیست. ناباروری ثانویه همچنین شامل زنانی می‌شود که مشکل سقط جنین و یا حاملگی خارج از رحم داشته و یا از لحاظ پزشکی نیاز به سقط جنین دارند (Bennett 2009:1). طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت، شکست در بارداری حدود ۸۰ میلیون فرد را در دنیا درگیر کرده است. حدود یک چهارم زوج‌های ایرانی ناباروری اولیه را در طول زندگی مشترکشان تجربه می‌کنند و ۳/۴ درصد زوج‌ها در هر زمان مشکل ناباروری اولیه دارند (خدا کریمی ۱۳۸۸: ۲۸۷).

ناباروری بحرانی در زندگی است که موجب بروز مجموعه‌ای از پاسخ‌های فرهنگی، اجتماعی، روانی و عاطفی می‌شود؛ چرا که ناباروری، پدیده‌ای عمدتاً دور از انتظار است که ممکن است توضیحی برای آن پیدا نشود، برای

1- Infertility

مدت زمان نامعلومی به طول بیانجامد، و می‌تواند بر خود فرد نابارور و نیز روابطش با دیگران، تأثیرگذار باشد (Blyth & Moore 2001: 217). حتی در دنیای امروز، با وجود تغییرات فوق‌العاده در ارزش‌های خانوادگی، تجربه والدگری برای زنان و مردان اهمیتی انکارناپذیر دارد. بچه‌دار شدن هدفی بسیار مهم برای مردان و زنان و معیاری لازم برای دستیابی به رضایتمندی شخصی، پذیرش اجتماعی و هویت جنسی است (Palha & Lourenco 165: 2011). با عنایت به اهمیت باروری است که ناباروری، علت عمده کاهش سلامتی در کشورهای در حال توسعه و یک مشکل جدی محسوب می‌شود (Daar & Merali 32: 2001)؛ این امر می‌تواند مشکلات روانی و اجتماعی برای افراد ایجاد کرده، منجر به بدنامی و محرومیت شود و زوجین نابارور را به سمت طلاق، ازدواج مردان با زنی دیگر و یا روابط خارج از ازدواج سوق دهد (Gerrits 1997: 39-48; Sundby 1997: 22-37; Dyer & etal 2002: 1663-1668).

تحقیقات نشان داده‌اند که ناباروری به عنوان یک بحران فردی، استرس زیادی به زوج‌های نابارور وارد می‌کند و می‌تواند به طرق گوناگون، سلامت روانی آن‌ها را تهدید کند. ناباروری می‌تواند باعث اختلال در کیفیت روابط زناشویی، جدایی، طلاق، کاهش اعتماد به نفس، احساس طرد شدن و درماندگی و در نتیجه منجر به افسردگی شود (بهدانی ۱۳۸۳- Sultan & Ta-hir 2011: 229-247; Tuzer & et al 2010: 237-229; Galhardo & et al 2010:

2408-2414; Lund 2009: 2810-2820; Fido & Zahid 2004: 294-300; Ander-
son & et al 2003: 353-355; Matsubayashi & et al 2001: 966-969; Lee &
Chao 2001: 1762-1767).

به علاوه ناباروری چیزی بیشتر از یک تشخیص پزشکی است، ناباروری نوعی داغ اجتماعی نیز محسوب می‌شود. ناباروری برای مردان به عنوان حمله به قدرت مردانگی آن‌ها در نظر گرفته می‌شود و زنان نابارور موجوداتی بی‌ثمر در نظر گرفته می‌شوند (Bliss 1999:11). بازنمایی فرهنگی منفی از ناباروری در زبان روزمره منعکس شده است؛ برای مثال ناباروری هم ردیف اصطلاحاتی نظیر: نازا، بی‌ثمر، فاقد میل جنسی، عقیم و بی‌حاصل قرار داده می‌شود. در رسانه‌ها، زن نازا اغلب به عنوان فردی دچار عقده روحی یا بی‌امید توصیف می‌شود، پس تعجب چندانی ندارد که تجربیات گزارش شده افراد نازا با نوعی احساس از خود بیگانگی، ناکامی، احساس گناه و منزوی شدن همراه باشد (Blyth & Mopre 2001: 221). گرچه نگرش منفی، زدن داغ به ناباروران و استرس‌های ناشی از ناباروری خاص جامعه ایرانی نیست و در جوامع دیگر نیز گاهی واکنش‌های مشابهی نسبت به این پدیده دیده شده است؛ چنان‌که مطابق گزارش ناصری ناباروری استرس زیادی را در زوج‌های نابارور ایرانی و انگلیسی ایجاد کرده و در هر دو فرهنگ استرس و سازگاری هم برای زنان هم برای مردان تحت تاثیر حاملگی است (نیلفروشان و همکاران ۱۳۸۴: ۵۵۲-۵۴۶)، اما به نظر می‌رسد مسئله ناباروری در

فرهنگ ایرانی، شکل و ماهیت خاصی دارد؛ به‌گونه‌ای که با اندکی تأخیر در حاملگی، نگرانی‌ها، کنجکاوی‌ها، دل‌مشغولی‌ها، فشارها و در نهایت دخالت‌های اطرافیان آغاز شده و موجبات نگرانی زوج‌ها را فراهم می‌کند. البته با نگاهی مثبت به سنت‌های اجتماعی ارزشمند جامعه ایرانی، می‌توان این نگرانی‌ها و دل‌مشغولی‌های اطرافیان را شاخصی از دلسوزی و احساس نزدیکی و همدردی با افراد نابارور از سوی دیگران نیز ارزیابی کرد.

هرچند تحقیقات نشان می‌دهد که هم مردان و هم زنان، پریشانی و استرس ناشی از ناباروری را تجربه می‌کنند، اما به نظر می‌رسد که زنان در زمینه‌ی مسائل درون‌شخصی، بین‌شخصی و فراشخصی در مقایسه با مردان نگرش‌ها، نقش‌ها و احساسات متفاوت‌تری را تجربه می‌کنند (رمضان‌زاده ۱۳۸۹:

۳۶-۴۴؛ علیزاده و همکاران، ۱۳۸۴: ۲۰۴-۱۹۴؛ Galhardo & et al 2010: 2408-؛ Lund & et al 2009: 2810-2820؛ Tuzer & et al 2010: 621-632؛ Sudha 2010: 1-8)؛ Wiersema & et al 2006: 90-101 به رغم اینکه عامل حدود نیمی از

ناباروری‌ها مردانه تشخیص داده می‌شود، اما بیشتر زنان نابارور به دلیل ناباروریشان سرزنش می‌شوند (همان: ۲۲۲). تحقیقات مختلف نشان داده‌اند مردان اگر به هر دلیلی در ایفای نقش‌های خانوادگی خود موفق نشوند، منابع دیگری برای ارضاء در اختیار دارند و قادرند ناموفق بودن خود در باروری را در خلال انجام سایر نقش‌های اجتماعی و شغلی جبران نمایند؛ در حالی که ایفای نقش مادری، مهم‌ترین منبع اجتماعی ارضاء‌کننده برای زنان

محسوب می‌شود (خسروی ۱۳۸۰: ۶۴-۵۶). گرچه در مقایسه با مادر شدن، پدر شدن چندان برای هویت مرد اهمیتی ندارد، با این وجود مشکلات ناباروری در مردان نیز امری منفی دانسته می‌شود و اهمیت نیرومند بودن یا قدرت مردانگی مردان نابارور را زیر سؤال می‌برد (Blyth & Moore 2001:223).

علی‌رغم بررسی پیامدهای زیستی و روانی ناباروری به طور جداگانه در تحقیقات پیشین توسط پژوهشگران حوزه‌های پزشکی و روان‌شناسی، تاکنون پژوهش‌های چندانی به بررسی پیامدهای روانی-اجتماعی ناباروری بر مبنای نظریه‌های جامعه‌شناختی (برچسب‌زنی و استیگما) نپرداخته‌اند. پژوهش حاضر در نظر دارد از منظر جامعه‌شناسی خرد و با به کارگیری دیدگاهی تعاملی به تحلیل اجتماعی پیامدهای روانی و اجتماعی ناباروری در بین زوجین نابارور مراجعه‌کننده به مرکز ناباروری در شهر یزد پرداخته، و اثرات ناباروری بر وضعیت روانی-اجتماعی زوجین نابارور را مطالعه کند. گرچه مسئله آغازین تحقیق حاضر این است که نابارور بودن افراد چه پیامدهای روانی و اجتماعی برای آنان داشته و چه عوامل اجتماعی خرد مقیاس، در تشدید و یا تضعیف این پیامدها دخیل‌اند، اما محور اصلی تحقیق، شناسایی تفاوت‌های جنسیتی در ادراک و گزارش پیامدهای منفی ناباروری و نیز چگونگی مقابله با برچسب ناباروری و استیگمای ناشی از آن در بین مردان و زنان نابارور می‌باشد.

۲- پیشینه تحقیق

با مروری گذرا بر پژوهش‌های انجام شده داخلی، می‌توان آن‌ها را در سه دسته کلی پژوهش‌های حوزه علوم پزشکی، علوم رفتاری و علوم اجتماعی طبقه‌بندی نمود. در اینجا به منظور رعایت اختصار، تنها به توصیف برخی از پژوهش‌های انجام شده در حوزه علوم اجتماعی پرداخته شده است. نیلفروشان و همکاران در بررسی نگرش نسبت به ناباروری و رابطه آن با افسردگی و اضطراب در بین ۵۵ نفر از افراد نابارور مراجعه کننده به مرکز درمان ناباروری اصفهان، دریافتند بیشتر زوج‌های نابارور نسبت به پذیرش اجتماعی خود نگرش منفی داشتند که با افزایش سن، نگرش منفی نسبت به ناباروری کاهش می‌یابد. همچنین منشأ افسردگی و اضطراب در بین زوج‌های نابارور، بیشتر ناشی از نگرش آن‌ها نسبت به کنترل زندگی و پذیرش اجتماعی است (نیلفروشان و همکاران ۱۳۸۴: ۵۵۲-۵۴۶).

نتایج حاصل از پژوهش کیفی عباسی شوازی و همکاران، درباره تأثیرات ناباروری در جنبه‌های مختلف زندگی ۳۰ نفر از زنان نابارور نشان داد که میزان تأثیرات ناباروری در جنبه‌های مختلف زندگی زنان، به عوامل متعددی از جمله نوع ناباروری، علت نازایی، مدت ناباروری و موقعیت اقتصادی-اجتماعی فرد نابارور بستگی دارد. در مواردی که زوجین هر دو مشکل ناباروری داشتند و یا علت ناباروری نامشخص بود، خود افراد دچار ناراحتی‌هایی از قبیل افسردگی، خشم، اضطراب، احساس شرمندگی و

انزوایی بودند، اما رابطه متقابل زوجین و رابطه آنها با خانواده‌ها مناسب بوده است. در مواردی که علت ناباروری مردانه بوده و مردان خود را علت ناباروری نمی‌دانستند، زنان را مجبور می‌کردند خود را علت ناباروری معرفی کنند. همچنین اکثر پاسخ‌گویان بیان کردند که همه افراد خانواده و اقوام و حتی خود آنها پیش از مراجعه به پزشک، علت ناباروری را زنانه احتمال داده‌اند. یافته‌های این پژوهش همچنین نشان داد که ترس از دست دادن زندگی مشترک، مهم‌ترین عاملی است که موجب رنج زنان از ناباروری شده بود و اکثر آنها دخالت خانواده همسر را عامل اصلی در ایجاد مشکلات بین خود و همسرانشان می‌دانستند. به علاوه، کسانی که به لحاظ موقعیت شغلی و تحصیلی مرتبه بالایی دارند و یا از این نظر تفاوت زیادی با همسرانشان نداشتند، در خانواده و جامعه با مشکلات کمتری روبه‌رو بودند؛ در حالی که فرار گرفتن در موقعیت اجتماعی پایین، موجب تحمل مشکلات زیاد و احساس ناامنی شدیدی راجع به زندگی آینده می‌گردید (عباسی شوازی و همکاران ۱۳۸۴: ۱۱۳-۹۱).

فهامی و همکاران، در پژوهشی پدیدارشناختی از تجربه زیسته زنان نابارور، توانستند چهار مفهوم کلی از سخنان ایشان استخراج کنند که شامل تنش‌های فردی، چالش در ارتباطات، معضلات درمانی و باورها و اعتقادات زنان نابارور بوده است. تنش‌های فردی از دو جنبه پیامدهای عاطفی-روانی و مشکلات جسمی-جنسی بررسی و مشخص شد که این زنان خود را در

برابر مصائب ناباروری مستأصل یافته و پاسخ‌های عاطفی متعددی از جمله احساس ضعف و حقارت، ناباروری و انکار، عصبانیت، احساس گناه، تنهایی، ترس و ناامیدی را از خود بروز می‌دهند. در بعد چالش‌های ارتباطی، ناباروری موجب خدشه‌دار شدن روابط زنان نابارور در سطوح فردی و اجتماعی شده است. در بعد معضلات درمانی، زنان نابارور از مسائلی نظیر بی‌اطلاعی از فرایند درمان، هزینه‌های گزاف، عوارض و عملکرد نامناسب تیم درمانی رنج می‌برند. در نهایت، دیدگاه‌ها و عقاید افراد در مورد پدیده ناباروری متفاوت بود؛ بدین معنی که برخی از زنان به ناباروری به عنوان یک امتحان الهی می‌نگریستند؛ آن‌ها معتقد بودند ناباروری امری ماورای اختیار آن‌ها است و اگر مشیت الهی ایجاب کند، مسلماً آن‌ها نیز بچه‌دار خواهند شد (فهامی و همکاران ۱۳۸۸: ۵۳-۴۵).

عباسی مولید و همکاران در پژوهشی تحت عنوان «آسیب‌شناسی زندگی زوج‌های نابارور ایرانی»، سعی کردند تا آسیب‌های زندگی زوج‌های نابارور ایرانی را شناسایی و طبقه‌بندی کنند. بنابراین تعداد ۳۹ پژوهش داخلی با موضوعات مرتبط با ناباروری را با روش تحلیل محتوا بررسی کردند. نتایج تحقیق آن‌ها نشان داد ۵۳ نوع آسیب بالقوه در زندگی زوج‌های نابارور ایرانی در سه حیطه درون فردی یا شخصی (۲۳ آسیب)، بین فردی یا گروهی (۱۷ آسیب) و فرافردی یا اجتماعی (۱۳ آسیب) وجود دارد که هر یک از این آسیب‌ها نیز در پنج بعد شناختی، هیجانی، رفتاری، زیستی و محیطی

طبقه‌بندی شده است (عباسی مولید و همکاران ۱۳۸۸: ۲۰-۸).

ر می نک در پژوهشی کیفی و با به کارگیری نظریه داغ گافمن به عنوان چارچوب نظری، به بررسی ناباروری، استیگمای ناشی از آن و راه‌های مقابله در بین ۲۶ زن نابارور در فلسطین اشغالی پرداخت. یافته‌های تحقیق نشان داد که ناباروری، با تحت تأثیر قرار دادن موقعیت زنان، موجب تضعیف هرگونه شایستگی و توانمندی آن‌ها می‌گردد و به همین خاطر بسیاری از زنان برای درمان ناباروری حاضر به تحمل درمان‌های طولانی مدت، دردناک و پر هزینه از جمله از دست دادن درآمد، موقعیت شغلی، عدم پیشرفت آموزشی، ناراحتی مکرر و درد در طول دوره درمان، مخاطرات بعدی برای سلامتی، تخریب روابط زناشویی و شبکه‌های غیر رسمی و پریشانی روانی بوده‌اند. به علاوه زنان نابارور برای کنار آمدن با داغ ناباروری از راهبردهای مقابله‌ای نظیر افشای انتخابی، اجتناب از آشکار کردن ناتوانی خودشان و سایر تکنیک‌های مدیریتی بهره می‌برده‌اند (Remennick 2000: 821-841).

در دیگر پژوهش کیفی دیر و همکاران در بررسی نگرانی‌ها و تجارب مربوط به ناباروری در بین ۳۰ نفر از زنان نابارور آفریقای جنوبی دریافتند که تمامی زنان احساسات ناخوشایندی راجع به ناباروری خود داشته و تعدادی از آن‌ها، به خاطر ناباروریشان پیامدهای منفی اجتماعی از جمله بی‌ثباتی زناشویی، بدنامی و سوء استفاده را تجربه کرده بودند. در مجموع، نتایج این تحقیق نشان داد که ناباروری در کشورهای در حال توسعه می‌تواند

بررسی تفاوت‌های جنسیتی در پیامدهای روانی-اجتماعی ناباروری

در موقعیت روان‌شناختی و فردی و نیز موقعیت گروهی و اجتماعی افراد نابارور اثرات منفی داشته باشد (Dyer 2002: 1663-1668).

ویرسما و همکاران در بررسی پیامدهای روانی، اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی ناشی از ناباروری در بین ۱۱۸ زوج ویتنامی، تفاوت جنسیتی معناداری در سازوکارهای مقابله با هیجانات و عواطف آسیب‌زای ناشی از بی‌فرزندی شناسایی کردند؛ بدین معنی که در واکنش به مشکل ناباروری، اکثر زنان سعی می‌کردند در خانه بمانند و از رفت و آمد با افراد صاحب فرزند، خودداری کنند؛ در حالی که مردان، بیشتر در پی خروج از منزل، مصرف مشروبات الکلی و سرگرم ساختن خود به انجام کارهای خاص بوده‌اند. به علاوه، برخی از زنان نگران بودند که شوهرانشان، به دلیل ناباروری آن‌ها را ترک کنند، اما برخی از مردان که خود را عامل ناباروری می‌دانستند، حاضر بودند همسرانشان را برای مادر شدن طلاق دهند. یافته مهم دیگر آن بود که چون زنان علت اصلی ناباروری شناخته می‌شوند، ابتدا آن‌ها به درمان ناباروری می‌پردازند و در صورت منفی بودن نتایج آزمایش، همسرانشان برای درمان به پزشک مراجعه می‌کنند. در مجموع، زوجین نابارور سعی داشتند تا تجارب، فشارهای اجتماعی و مشکلات اقتصادی ناشی از ناباروریشان را محرمانه نگه دارند (Wiersema & et al 2006: 1-8).

پژوهش جویری و همکاران به منظور شناسایی شیوع پریشانی‌های روانی و همچنین ویژگی‌های اجتماعی و فرهنگی مرتبط با آن در بین یکصد نفر

از زنان نابارور نیجریه، نشان داد که احتمال ابتلای زنان نابارور به پریشانی روانی به میزان چشمگیری بالاتر از افراد بارور بوده است. همچنین، بیش از ۶۴ درصد از زنان نابارور عنوان کرده بودند که به خاطر ناباروریشان دچار خشونت‌های کلامی و جسمی از سوی دیگران (همسایگان ۱۵ درصد، بستگان همسر ۱۴ درصد و همسر ۱۰ درصد) شده‌اند. نکته تأمل‌برانگیز آنکه ۵۱ درصد از زنان، علت ناباروری خود را به عوامل معنوی و روحانی نسبت داده بودند (Joyce & et al 2011: 19-24).

در جمع‌بندی از پژوهش‌های انجام شده در حوزه علوم اجتماعی می‌توان گفت که تحقیقات انجام شده در این باره، بیشتر توسط جمعیت‌شناسان و گاهی توسط روان‌شناسان (اجتماعی) و جامعه‌شناسان صورت گرفته است. محور اصلی پژوهش‌های جمعیت‌شناختی در مباحث مربوط به باروری و ناباروری متمرکز بر پدیده باروری و نه ناباروری است (کلانتری و همکاران ۱۳۸۴: ۱۵۶-۱۳۷؛ عباسی شوازی و عسگری ندوشن ۱۳۸۴: ۵۲-۲۵؛ عباسی شوازی و صادقی ۱۳۸۵: ۵۸-۲۹؛ شیری و بیداریان ۱۳۸۸: ۱۰۷-۹۳؛ محسنی و همکاران ۱۳۸۹: ۱۳۷-۱۲۳) و مطالعات اندکی در زمینه ناباروری انجام شده است (عباسی شوازی و همکاران ۱۳۸۴: ۱۵۶-۱۳۷). این در حالی است که دشوار بتوان گفت که سایر پژوهش‌های انجام شده در حوزه علوم اجتماعی، صبغه‌ای کاملاً جامعه‌شناسانه داشته و از نظریه‌های جامعه‌شناختی سود می‌جویند (یونسی و سلاجقه ۱۳۸۰: ۲۱-۱۴؛ محبوب و رشیدی فارفار ۱۳۸۲: ۶۴-۵۳؛ نیلفروشان و همکاران

بررسی تفاوت‌های جنسیتی در پیامدهای روانی-اجتماعی ناباروری

۱۳۸۴: ۵۵۲-۵۴۶؛ همان ۱۳۸۵: ۷۰-۶۶؛ رضایی دهنوی و همکاران ۱۳۸۸: ۴۱۶-۴۰۱؛ چوبفروش زاده و همکاران ۱۳۸۹: ۵۴-۴۵؛ لذا این دسته از نظریه‌ها را باید پژوهش‌هایی با موضوعات اجتماعی دانست که بیشتر روان‌شناسان و یا روان‌شناسان اجتماعی انجام داده‌اند. از این رو، تعداد پژوهش‌هایی که بتوان آن‌ها را نزدیک به پژوهش‌های جامعه‌شناختی محسوب نمود، بسیار اندک است. پژوهش‌هایی که یا با استفاده از روش‌های کیفی به بررسی تجارب ناباروران پرداخته‌اند (عباسی شوازی و همکاران ۱۳۸۵: ۱۴۸-۱۳۹؛ خداکرمی و همکاران ۱۳۸۸: ۲۹۷-۲۸۷؛ فهامی و همکاران ۱۳۸۸: ۵۳-۴۵) و یا از نظریه‌های جامعه‌شناختی برای بررسی پیامدهای ناباروری سود جست‌اند (یونسی ۱۳۸۴: ۵۴۵-۵۳۱).

همچنین نگاهی به تحقیقات خارجی حاکی است، گرچه این پژوهش‌ها با به‌کارگیری متناوب روش‌های تحقیق کمی و کیفی از پرسش‌نامه و مصاحبه جهت گردآوری داده‌ها بهره جست‌اند؛ با این حال، همانند تحقیقات داخلی بیشتر این پژوهش‌ها نیز در زمینه روان‌شناسی انجام شده است و بعضاً فاقد چارچوب نظری خاصی هستند (Anderson & et al 2003: 353-355; Lund & et al 2009: 2810-2820; Galhaardo & et al 2010: 2408-2414; Sudha & et al 2010: 90-101; Sultan & Tahir 2011: 229-247). با این حال، پژوهش‌های اجتماعی ارزشمندی در زمینه پیامدهای اجتماعی ناباروری و با استفاده از روش‌های کیفی نیز انجام شده است (Gerrits 1997: 39-48; Remennick

2000: 821-841; Dyer & et al 2002: 1665-1668; Wiersema & et al 2006: 1-8; Donkor & Sandell 2007: 1683-1694; Van Rooji & et al 2009: 621-632). نکته قابل توجه در پژوهش‌های خارجی آن است که بخش عمده‌ای از این پژوهش‌ها در کشورهای آسیایی نظیر ویتنام (Wiersema & et al 2006: 1-8)، فلسطین اشغالی (Remenick 2000: 821-841)، ژاپن (Matsubayashi & et al 2001: 996-990)، کویت (Fido & Zahid 2004: 224-300)، ترکیه (Van Rooji & et al 2007: 621-632; Tuzer & et al 2010: 229-237) آفریقایی نظیر موزامبیک (Gerrits 1997: 39-48)، غنا (Donkor & Sandell 2007: 1683-1694) و نیجریه (Joyce & et al 2011: 19-24) انجام شده‌اند و تنها حجم اندکی از این تحقیقات در کشورهای غربی انجام شده‌اند. این یافته، می‌تواند تأییدی بر اهمیت فرزندآوری و نقش والدگری در کشورهای شرقی و جهان سوم باشد که فرهنگ‌هایی جمع‌گرا و سنتی داشته و برای ساختار خانواده و پیوندهای خویشاوندی اهمیت ویژه‌ای قائل‌اند.

۳- مبانی نظری

در پژوهش حاضر، سعی شده است تا نظریه‌های برجسته‌ی زنی و استیگما (داغ)، به عنوان مبانی نظری برای بررسی تفاوت‌های جنسیتی در پیامدهای روانی - اجتماعی ناباروری به کار گرفته شود. گرچه نظریه‌های برجسته‌ی

زنی^۱ و استیگما^۲، به طور تاریخی و با آثار صاحب‌نظرانی چون ادوین لمرت و هوارد بکر در حوزه جامعه‌شناسی انحرافات ظهور و بسط یافته است، با این حال با در نظر گرفتن بیماری، نقایص زیستی و اختلالات روانی به عنوان نوعی انحراف از حالات طبیعی جسمی و روانی جامعه‌شناسان پزشکی به طور خاص توماس شف^۳ شروع به استفاده از این نظریه‌ها، در حوزه سلامت و بیماری (به ویژه بیماری روانی) نمودند (Scheff 1966).

تعامل‌گرایی نمادین به طور اعم و نظریه‌های برچسب‌زنی به طور خاص به وضوح بیان می‌کنند که بی‌ارزش‌سازی اجتماعی^۴ منجر به بی‌ارزش‌سازی خود^۵ می‌شود. مطابق نظریه برچسب‌زنی، افرادی که توسط دیگران (به ویژه توسط کارگزاران قدرتمند کنترل اجتماعی) به عنوان منحرف، طبقه‌بندی می‌شوند، به جایی می‌رسند که خودشان را منحرف در می‌یابند. پذیرش هویت منحرف بدین خاطر رخ می‌دهد که افراد برچسب خورده، نظرات دیگران راجع به خود را می‌گیرند و خود را همان‌گونه تعریف می‌کنند که دیگران تعریف کرده‌اند (گافمن ۱۳۸۶)، یا به طور پیچیده‌تری به خاطر اینکه موجب یک پیش‌گویی خود کامرواساز^۶ می‌شود که در نهایت، سبب

-
- 1- Labelling Theory
 - 2-Stigma
 - 3- Thomas scheff
 - 4- Social-devaluation
 - 5- Self-devaluation
 - 6- Self-fulfilling Prophecy

شکل‌گیری و تثبیت یک هویت جدید می‌گردد (Thoits 2011:7). نظریه برچسب زنی به عنوان یک چارچوب تبیینی مهم به توضیح اثرات استیگمای ناشی از پایگاه‌های فاقد ارزش (نظیر مجرم، بیمار روانی، افراد نابارور) می‌پردازد. در درون این چارچوب، تصورات و ادراکات از خود، نتیجه‌ای از ادراکات و تصوراتی است که دیگران مهم، از خود (خویشتن فرد) دارند (Markowitz & et al 2011: 146).

انتظار می‌رود که افراد در برابر برچسب‌ها و استیگمای ناشی از آن حداکثر مقاومت را کنند. مطابق نظریه برچسب زنی افرادی که فاقد قدرت اجتماعی، موقعیت و یا منابع نسبت به کارگزاران کنترل اجتماعی باشند، بیشتر احتمال دارد که به عنوان افرادی منحرف طبقه‌بندی شوند (همچون بیماران روانی و مجرمان) و بر اساس تعریف اجتماعی، نقش ویژه‌ای به آن‌ها اختصاص داده می‌شود (برای مثال بیمار روانی و یا محکوم) (Thoits 2005: 103).

استیگما، هزینه‌ای است که فرد برچسب خورده، می‌پردازد. در واقع، مفهوم محوری برای فهم پیامدهای منفی برچسب زنی، استیگماست. استیگما را می‌توان میزان بی‌ارزشی، طرد، تبعیض و از دست دادن پایگاه برای افرادی دانست که یک صفت و یا رفتار نامطلوب به آنان نسبت داده شده است، یعنی برچسب خورده‌اند (Payton & Thoits 2011: 56). تجزیه و تحلیل جامعه‌شناختی مفهوم استیگما، ریشه در کار اروینگ گافمن دارد، که به نوبه خود تحت تأثیر افرادی مانند دورکیم بوده است. مجموعه نظرات گافمن، با تأکید

بر این نکته که استیگما بیش از آنکه ناشی از کیفیت ذاتی یک خصلت یا خود رفتار باشد، از تعاریف ساخته شده توسط جامعه سرچشمه می‌گیرد؛ دیدگاه‌های پارسونزی درباره بیماری به عنوان یک انحراف اجتماعی در دهه ۱۹۶۰ را تحت الشعاع خود قرار داد. استیگما به عنوان یک واکنش اجتماعی، موجب تباهی و تخریب هویت فرد می‌شود. به عقیده گافمن، هنجارهای موجود راجع به هویت، همان‌گونه که تولیدکننده هم‌نوایی‌اند، می‌توانند موجب تولید انحراف نیز باشند. مدیریت استیگما یک پدیده عمومی است، فرایندی که در هر جایی که هنجارهایی برای هویت مطلوب وجود دارد، رخ می‌دهد (Janathan 2004: 69-70).

گافمن در تعریف استیگما، به تمایز بین انتظارات هنجاری از اینکه یک فرد، باید چه کسی باشد و آنچه که یک فرد واقعاً هست، می‌پردازد و استیگما را حاصل شکاف بین این دو نوع هویت می‌داند (Ibid: 70). ازین رو، استیگما نوعی رابطه خاص بین یک پدیده درونی و فردی با یک امر بیرونی و اجتماعی است. این امر به نوبه خود موجب طرح‌ریزی تمایزی دیگر از دید گافمن می‌شود؛ تمایز بین فرد بی‌اعتبار شده که داغ آشکار و شناخته شده دارد، و فرد در معرض بی‌اعتباری که هنوز دیگران از داغ او مطلع نیستند. ماهیت کنش متقابل بین دیگران با این دو دسته افراد، بستگی به آن دارد که کدام یک از این دو نوع داغ بر پیشانی فرد مذکور خورده باشد.

انگ خوردگی می‌تواند پیامدهای عاطفی، شناختی و رفتاری زیادی داشته باشد. از نظر می‌جر (۲۰۰۶) رفتار تبعیض‌آمیز در سطح سازمانی دستیابی به منابع خاص یا مفید را دشوار می‌سازد. چنین رفتاری می‌تواند سلامت عمومی و رفاه افراد انگ خورده را به مخاطره اندازد. همچنین این افراد ممکن است کنار گذاشته شده، نادیده گرفته شوند و یا هدف خشونت‌های فیزیکی قرار گیرند که می‌تواند به سلامت روانی و اجتماعی آنها آسیب برساند. همچنین استرس و اضطراب به عنوان پیامد منفی ناشی از داغ خوردگی، وضعیت روانی و هویت اجتماعی افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد (Wnoroski 2008: 7-8). لذا افراد بد نام شده ممکن است به انواع راهبردهای مقابله‌ای روی بیاورند. به باور گافمن، افراد داغ خورده در مجموع ممکن است به سه طریق به مدیریت داغ بپردازند؛ ۱) انکار داغ و تلاش برای کتمان کردن صفت بی‌اعتبار کننده و مورد پذیرش قرار گرفتن به عنوان یک فرد عادی و بهنجار؛ ۲) لاپوشانی و تلاش برای پوشاندن و کم اهمیت جلوه دادن داغ و نه انکار وجود آن؛ ۳) انزوا و عزلت به دنبال آشکارسازی آگاهانه داغ و اجتناب از تماس‌های اجتماعی با افراد بهنجار. البته انتخاب هر یک از این راهبردها تا حدود زیادی به نوع داغ بستگی دارد، بدین معنی که وظیفه اصلی فرد بی‌اعتبار شده، مدیریت تنش و استرس ناشی از آشکار شدن داغ است؛ در حالی که برای فرد در معرض بی‌اعتباری، مسئله اصلی مدیریت اطلاعات (و مخفی نگه داشتن داغ) می‌باشد؛ گفتن یا نگفتن، مخفی کردن یا آشکار

کردن داغ مسئله این است! (Janathan & et al 2004: 69).

در نسخه جدیدتر و اصلاح شده از نظریه داغ، لینک و فلان به منظور حل آشفتگی مفهومی، به ارائه یک چارچوب مفهومی پرداخته‌اند که قادر به تشخیص همپوشانی در معانی این مفاهیم می‌باشد. بر اساس این تمایز مفهومی، استیگما در روابط میان این اجزای به هم مرتبط تعریف می‌شود و زمانی می‌توان وضعیتی را استیگما دانست که عناصر و مؤلفه‌های به هم پیوسته چهارگانه، شامل زدن برچسب، کلیشه‌سازی، جداسازی و اعمال تبعیض در یک نقطه به هم برسند و اشتراک پیدا کنند. نکته کلیدی آن است که فرایند انگ زنی به طور کامل منوط به دسترسی و برخورداری از قدرت اجتماعی، اقتصادی، و سیاسی‌ای است که شناسایی تفاوت‌ها، کلیشه‌سازی، جدا سازی، و اعمال تبعیض را مجاز و ممکن می‌سازد (Link & Phelan 2010: 578).

با عنایت به توضیحات مذکور، در ادامه سعی خواهد شد تا با توجه به بافت فرهنگی ایران برخی از دلالت‌های نظریه‌های برچسب زنی و استیگما راجع به پدیده ناباروری و افراد نابارور تشریح شود. می‌توان با گریل (۱۹۹۱) هم‌صدا بود که ناباروری یک داغ اجتماعی محسوب می‌شود. فرد نابارور، همانند یک بیمار روانی و یا معلول جسمی خود را در شرایطی بدنام‌کننده در جامعه می‌بیند. وقتی ارزش‌ها و هنجارهای فرهنگی، تولید مثل و فرزندزایی را تشویق می‌کنند و والدگری را جشن می‌گیرند، بی‌فرزندگی موجب دریافت

برچسب بدنام کننده و به دنبال آن داغ خوردگی افراد نابارور می‌شود که می‌تواند با تأثیرگذاری منفی در هویت افراد نابارور، روابط بین فردی آن‌ها را دستخوش تغییرات منفی عمیقی کند (Wu & Wu). منبع اصلی استیگما و طرد اجتماعی ناباروران، در انحراف آن‌ها از هنجارهای فرهنگی سنتی است که بر اساس آن تنها راه واقعی برای بهنجار محسوب شدن و اثبات کردن خود برای زنان، مادر شدن است و اینکه هر زن و شوهری، باید بتواند بچه‌دار شوند (Blyth & Moore 2010: 218). ناباروران به دلیل ناباروری، می‌پندارند که اهدافشان را در زندگی گم کرده و موقعیت و اعتماد به نفس خود را از دست رفته تلقی می‌کنند. آن‌ها تمایل زیادی به انزوای اجتماعی داشته و سعی می‌کنند از حضور در موقعیت‌هایی که در آن زنان باردار یا خانواده‌هایی با فرزندان خردسال حضور دارند، اجتناب کنند. این پیامدهای فردی و اجتماعی زیان‌بار در تصور فرد نابارور از خویش تأثیر می‌گذارد که به نوبه خود باعث از دست رفتن اعتماد به نفس و شکل‌گیری هویت تباہ شده در آن‌ها می‌گردد (Loftus & Namaste 2011: 38). با به‌کارگیری مفهوم شناسی گافمن، برای افراد نابارور تمایز بین هویت اجتماعی واقعی (تشخیص داده شدن به عنوان فرد نابارور) و هویت اجتماعی ایده‌آل (انتظارات اجتماعی دیگران برای بارور بودن) اهمیتی اساسی می‌یابد. تا زمانی که هویت واقعی یک زن از طریق تبدیل شدن به یک مادر بیولوژیکی شکل گرفته و یا تکمیل می‌شود، نه تنها زنان مبتلا به مشکل ناباروری از لحاظ اجتماعی و

روان‌شناختی تحت تأثیر قرار می‌گیرند، بلکه آن‌ها برای بارور شدن با شدت هرچه بیشتری تلاش خواهند کرد. با تأکید بر هویت اجتماعی واقعی و هویت اجتماعی ایده‌آل، می‌توان درک کامل‌تری از اثرات ناباروری به دست آورد (همان).

همچنین با نگاهی به استراتژی‌های داغ‌خوردگان برای مقابله با بدن‌نامی، می‌توان چنین گفت که ناباروری فرد را در معرض سطح بالایی از پنهان‌سازی قرار می‌دهد. مطالعات تجربی حاکی از آن است که به‌کارگیری استراتژی‌های متفاوت مدیریت اطلاعات، تحت تأثیر متغیرهای کلیدی از جمله گذر زمان قرار دارد. درک واکنش احتمالی دیگران و عدم تشخیص پزشکی از علت ناباروری، ناباروران را وا خواهد داشت تا اسرار ناباروریشان را از دیگران پنهان کنند. آن‌ها احتمالاً سعی خواهند کرد تا از مواجهه با رویدادهای تحریک‌کننده، نظیر شرکت در گفت‌وگوهایی با محوریت باروری و یا از تعامل با دیگرانی که ممکن است احساس نامطلوبی به آن‌ها منتقل کند، خودداری نمایند. آن‌ها تلاش می‌کنند تا برای درمان ناباروریشان، مخفیانه و به دور از چشم دیگران به مراکز درمانی و پزشکی مراجعه کنند. استراتژی دیگری که ناباروران برای مقابله با اثرات منفی برچسب زنی و استیگمای حاصله به کار می‌گیرند، آن است که با اعضای خانواده، دوستان نزدیک و یا سایر افراد نابارور راجع به شرایط نامناسبشان - به خصوص معنای منفی الصاق شده به ناباروری - صحبت و درد دل کنند. این گفت و شنوهای

صمیمانه، موجب ارتقای عزت نفس افراد نابارور شده و یا حداقل به آن‌ها کمک می‌کند تا بتوانند درباره ادراکات شخصی‌شان از داغ ناباروری با کسی صحبت کنند (Blythe & Moore 2001: 219).

می‌یال، سطح دیگری از افشا سازی جنبه‌های منفی ناباروری را شناسایی کرد که هدف ناباوران از به‌کارگیری آن تحت نفوذ قرار دادن کنش‌ها یا ایده‌های دیگران درباره خود و یا درباره ناباروری به طور کلی است. شکل پرکاربرد چنین افشاگری پیشگیرانه‌ای استفاده از مدارک و گواهی پزشکی جهت سلب مسئولیت از فرد نابارور و نسبت دادن مشکل ناباروری به شرایط خاص پزشکی است (مثل این ادعا که پزشک گفته است که بچه‌دار شدن برای سلامتی مادر و یا نوزاد خطرناک خواهد بود). اعتراف به انحراف، سازوکار دیگری است که توسط افراد نابارور به کار گرفته می‌شود؛ برای مثال زنانی که همسرانشان دچار مشکل ناباروری‌اند، به طور ساختگی ادعا می‌کنند که خودشان دچار مشکل نازایی‌اند؛ به خاطر اینکه در مقایسه با مردان، به زنان نابارور به میزان کمتری انگ زده می‌شود. در شکلی دیگر، افراد نابارور به منظور جلوگیری از دریافت بدنامی‌های بیشتر، پیش‌دستی کرده و برای دیگران ناباروری‌شان را ارادی، خواستنی و دوست داشتنی توصیف می‌کنند (Ibid: 220).

۴- روش‌شناسی تحقیق

پژوهش حاضر در زمره تحقیقات کمی است که با استفاده از روش پیمایش و به صورت مقطعی انجام شده است. تحقیقات پیمایشی، امکان دستیابی به نتایج تعمیم‌پذیر به کل جامعه آماری را از طریق مطالعه نمونه‌ای معرف فراهم می‌آورند.

۴-۱- جامعه، نمونه آماری و ابزار گردآوری داده‌ها

جامعه آماری تحقیق حاضر، زوجین نابارور مراجعه کننده به مرکز ناباروری شهر یزد بوده‌اند که تعداد آن‌ها بر اساس آمار ارائه شده از سوی مرکز مذکور در سال ۱۳۹۰، ۱۲۰۰۰ نفر (۶۰۰۰ زوج) بوده است. از این رو، بر اساس فرمول کوکران و با احتمال خطای ۵ درصد، حجم نمونه به تعداد ۳۶۰ نفر برآورد گردید. با مراجعه به بیمارستان وابسته به مرکز ناباروری، طی روزهای مختلف هفته به مدت یک ماه، نمونه مورد نیاز با روش نمونه‌گیری تصادفی ساده برگزیده شده‌اند.

با تکیه بر مبانی نظری تحقیق و نیز استفاده از تحقیقات پیشین، پرسش‌نامه‌ای جهت گردآوری داده‌ها طراحی گردید. پرسش‌نامه نهایی به صورت همراه با مصاحبه و با کمک پرسش‌گر تکمیل شده است. به منظور اعتباریابی ابزار، هم‌زمان از روش‌های اعتبار سازه^۱ و اعتبار صوری^۲ استفاده

1- Construct Validity

2- Content Validity

شده است که در آن محقق با بررسی میزان ارتباط بین ابزار سنجش با انتظارات و پیش‌بینی‌های چارچوب نظری تحقیق، دریافت که ابزار سنجش، به میزان مناسبی در انعکاس و اندازه‌گیری مفاهیم و پیش‌فرض‌های به کار رفته در نظریه موفق بوده است و در ادامه، از نظرات داوران متخصص جهت تأیید نهایی اعتبار پرسشنامه استفاده شد. همچنین، برای سنجش پایایی^۱ ابزار تحقیق و مقیاس‌های استفاده شده، از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شده است که برای هر مقیاس، به طور مستقل گزارش شده است.

۲-۴- تعریف نظری و عملیاتی مفاهیم

بر اساس چارچوب نظری تحقیق و با استناد به نتایج پژوهش‌های پیشین، تلاش شد تا مقیاس‌هایی طراحی شوند که مناسب زوجین نابارور باشند؛ لذا تمامی متغیرهای مستقل و وابسته تحقیق، به طور عملیاتی و به شرح زیر سنجیده شدند:

۲-۴-۱- پیامدهای منفی ناباروری؛ در پژوهش حاضر، مفهوم پیامدهای

منفی ناباروری سه بعد طرد اجتماعی، پذیرش اجتماعی و میزان موفقیت شغلی و تحصیلی داشته است که برای سنجش آن، از یک مقیاس ۱۲ گویه‌ای (طراحی چهار گویه برای سنجش هر کدام از ابعاد) استفاده شد. از پاسخ‌گویان خواسته شد میزان موافقت یا مخالفت خود با هر یک از گویه‌ها

1- Reliability

را به صورت طیف لیکرت (از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف) مشخص کنند. ضریب پایایی محاسبه شده برای مقیاس پیامدهای منفی ناباروری بر اساس ضریب آلفای کرونباخ، برابر با ۰/۸۱ بوده است که بیانگر همسازی درونی مناسب بین گویه‌های طرح شده در مقیاس مذکور می‌باشد.

۴-۲-۲- میزان مخفی کردن ناباروری؛ در پژوهش حاضر مخفی کردن ناباروری، به عنوان یکی از شیوه‌های مدیریت داغ بررسی شده است. به منظور عملیاتی کردن این مفهوم، یک مقیاس شش گویه‌ای (با آلفای کرونباخ معادل ۰/۸۴) طراحی شد که در آن عباراتی راجع به میزان مخفی کردن داغ ناباروری در ابعاد سه گانه دروغ گفتن، پنهان کاری و تغییر ارتباط کلامی مطرح شد.

۴-۲-۳- میزان کنار آمدن اجباری با ناباروری؛ پذیرفتن ناباروری و کنار آمدن اجباری با آن به عنوان یکی دیگر از شیوه‌های مقابله با داغ ناباروری، بررسی شده است. برای عملیاتی کردن این مفهوم، از یک مقیاس هشت گویه‌ای (با آلفای کرونباخ معادل ۰/۶۵) استفاده شد که چهار بعد تمایل به ادامه زندگی بدون فرزند، نگرانی از ازدواج مجدد همسر، تمایل به پذیرش فرزند خوانده و نگرانی از طلاق را در بر گرفته است.

۴-۲-۴- میزان انزوای اجتماعی ناشی از ناباروری؛ به منظور سنجش مفهوم انزوای اجتماعی ناشی از ناباروری، یک مقیاس چهار گویه‌ای (آلفای کرونباخ معادل ۰/۸۶) طراحی شد که در آن از پاسخ‌گویان خواسته شد

تا به گویه‌هایی راجع به کناره‌گیری و انزوای اجتماعی در دو بعد شامل بی‌علاقگی به دیگران و احساس تنهایی به صورت طیف لیکرتی (گزینه‌های کاملاً مخالف تا کاملاً موافق) پاسخ دهند.

۴-۲-۵- میزان اهمیت فرزند؛ برای سنجش میزان اهمیت فرزند، سعی شد از یک مقیاس دو بعدی (با آلفای کرونباخ معادل ۰/۶۶) استفاده شود. این مقیاس دو بعد علت جست‌وجوی درمان و میزان تداوم درمان با مجموع پنج گویه داشت که به صورت طیف لیکرتی (گزینه‌های کاملاً مخالف تا کاملاً موافق) سنجیده شده است.

۴-۲-۶- تصور فرد ناپارور از نوع نگاه دیگران مهم؛ این مفهوم با یک مقیاس ۱۲ گویه‌ای (با آلفای کرونباخ معادل ۰/۸۱) و شامل ابعاد سه گانه نوع نگاه همسر، نوع نگاه خانواده همسر و نوع نگاه سایر بستگان سنجیده شد. هر بعد چهار گویه داشته و پاسخ‌گویان می‌باید به صورت طیف لیکرتی میزان موافقت یا مخالفت خود را با گویه‌های طراحی شده اعلام می‌کردند.

۴-۲-۷- تصور فرد ناپارور از خویش (خود پنداره)؛ این مفهوم نیز با یک مقیاس ۱۲ گویه‌ای (با آلفای کرونباخ معادل ۰/۸۳) و شامل ابعاد سه گانه میزان ارزشمندی خود، تمایل به سرزنش خود و رضایت زناشویی و خانوادگی سنجیده شد. هر بعد چهار گویه داشته و پاسخ‌گویان، می‌باید به صورت طیف لیکرتی میزان موافقت و یا مخالفت خود را با گویه‌های طراحی شده، اعلام می‌کردند.

بررسی تفاوت‌های جنسیتی در پیامدهای روانی-اجتماعی ناباروری

۳-۴- روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

با توجه به سطح سنجش متغیرهای مطالعه شده، در این پژوهش از آماره‌های توصیفی (جداول توزیع فراوانی و میانگین) و آماره‌های استنباطی (آزمون تی و رگرسیون چند متغیره)، جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شده است. در ضمن تمامی مراحل پردازش داده‌ها، با استفاده از نرم‌افزار آماری علوم اجتماعی (SPSS) صورت گرفته است.

۵- یافته‌های تحقیق

۵-۱- ویژگی‌های اجتماعی-جمعیتی پاسخ‌گویان

در پژوهش حاضر، تعداد ۱۸۰ زوج نابارور (۳۶۰ نفر) با میانگین سنی ۲۹/۹ سال (مردان ۳۱/۸ و زنان ۲۷/۹ سال) مطالعه شده‌اند. میانگین تحصیلی این زوجین ۱۱/۸ سال بوده و نزدیک به دو سوم از آن‌ها، به پایگاه اجتماعی-اقتصادی پایین تعلق داشته‌اند. همچنین بیش از سه چهارم از زوجین (۷۷/۵ درصد)، ساکن مناطق شهری بوده‌اند که نگاهی به ارقام مردان و زنان حاکی از رعایت قاعده همسان همسری مکانی در بین زوجین بررسی شده، می‌باشد. در نهایت، با نگاهی به تعلق قومی پاسخ‌گویان، مشخص می‌شود که بیش از دو سوم از آن‌ها (۷۱/۴ درصد)، فارس بوده و پس از آن زوجینی با قومیت بلوچ (۱۶/۷ درصد) و عرب (۵/۸ درصد) در اکثریت بوده‌اند. در جدول شماره ۱ سعی شده است برخی از داده‌های مربوط به ناباروری، توصیف شوند.

جدول ۱- توصیف متغیرهای مربوط به ناباروری پاسخ‌گویان

درصد	تعداد	متغیرهای مربوط به ناباروری		درصد	تعداد	متغیرهای مربوط به ناباروری	
۵۴/۷	۱۹۷	کمتر از سه سال	مدت زمان شروع درمان	۴۲/۷	۱۴۶	کمتر از یک سال	مدت زمان آگاهی از مشکل ناباروری
۳۴/۴	۱۲۴	۳-۶ سال		۴۳/۹	۱۵۰	۱-۳ سال	
۷/۸	۲۸	۷-۱۰ سال		۱۰/۵	۳۶	۳-۵ سال	
۳/۱	۱۱	بیش از ۱۰ سال		۳/۰	۱۰	بالاتر از ۵ سال	
۲۹/۸	۱۰۷	مردانه	عامل ناباروری	۳۲/۲	۱۰۹	اولین بار	تعداد دفعات مراجعه برای درمان ناباروری
۳۸/۹	۱۴۰	زنانه		۵۰/۷	۱۷۲	۲-۴ بار	
۴/۲	۱۵	مردانه- زنانه		۱۱/۲	۳۸	۵-۷ بار	
۲۷/۱	۹۸	نامشخص		۵/۹	۲۰	بیشتر از ۷ بار	

چنان‌که جدول مذکور نشان می‌دهد بر اساس گزارش پاسخ‌گویان، عامل بیش از یک سوم ناباروری‌ها (۳۸/۹ درصد) زنان بوده‌اند، در حالی که سهم مردان در این زمینه کمتر گزارش شده است (۲۹/۸ درصد). با توجه به اینکه داده‌ها، مبتنی بر گزارش شخصی پاسخ‌گویان و نه مستند به تشخیص‌های پزشکی است، شاید این تفاوت جنسی گزارش شده در عامل ناباروری، به عنوان یک برساخته اجتماعی، عمدتاً ناشی از سوگیری جنسیتی به نفع مردان باشد تا یک واقعیت عینی فیزیولوژیک. از سویی دیگر، از زمان آگاهی اکثریت زوجین از مشکل ناباروریشان (۸۶/۶ درصد)، حداکثر سه سال گذشته بود و ۸۹/۱ درصد از آن‌ها، سابقه درمانی کمتر از شش سال داشته‌اند. اگر این داده‌ها را در کنار این واقعیت قرار دهیم که حدود یک

بررسی تفاوت‌های جنسیتی در پیامدهای روانی- اجتماعی ناباروری

سوم از زوجین نابارور (۳۲/۲ درصد)، برای اولین بار جهت درمان ناباروری مراجعه کرده بودند و تعداد دفعات مراجعه نیمی از آنان (۵۰/۷ درصد)، کمتر از چهار بار بوده است، می‌توان چنین نتیجه گرفت که آگاهی از مشکل ناباروری در مدت زمان کوتاهی پس از ازدواج رخ می‌دهد و سپس فرایند درمانی آغاز می‌شود، اما این فرایند درمانی معمولاً کوتاه مدت است (معمولاً در حدود شش سال و حداکثر چهار بار مراجعه) و پس از آن سیر نزولی درمان ناباروری آغاز می‌شود.

۲-۵- آزمون روابط همبستگی بین متغیرهای زمینه‌ای و پیامدهای ناباروری به منظور فهم میزان همبستگی بین پیامدهای منفی باروری با ویژگی‌های اجتماعی- جمعیتی پاسخ‌گویان و نیز متغیرهای مربوط به ناباروری، جدول شماره ۲ ترسیم شد.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

جدول ۲- آزمون همبستگی بین متغیرهای زمینه‌ای و پیامدهای منفی ناباروری

مقدار آزمون	انحراف معیار	میانگین پیامدهای ناباروری	تعداد نمونه	ویژگی‌های اجتماعی - جمعیتی پاسخ‌گویان	
۴/۰۱**	۵/۰۲	۱۷/۲	۹۶	زیر دیپلم	میزان تحصیلات
	۵/۶۹	۱۷/۶	۱۲۶	دیپلم	
	۵/۷۰	۱۵/۶	۱۱۲	تحصیلات عالی	
۴/۲۹**	۵/۹۹	۱۸/۳	۲۰۳	کمتر از ۵۵۰ هزار تومان	میزان درآمد ماهانه
	۶/۰۴	۱۶/۴	۶۵	۵۵۱-۸۵۰ هزار تومان	
	۵/۵۶	۱۶/۱	۲۴	بالاتر از ۸۵۰ هزار تومان	
۳/۹۰**	۴/۲۷	۱۸/۲	۱۲۵	پائین	پایگاه اجتماعی - اقتصادی
	۵/۳۴	۱۶/۶	۱۲۰	متوسط	
	۵/۸۹	۱۶/۰	۵۳	بالا	
-۲/۱۷*	۵/۸۱	۱۷/۰	۲۷۹	شهر	محل سکونت
	۵/۸۳	۱۸/۶	۸۱	روستا	
۴/۰۹**	۶/۷۱	۱۹/۹	۶۰	بلوچ	قومیت
	۵/۲۱	۱۸/۸	۲۱	عرب	
	۴/۳۴	۱۷/۳	۱۰	سایر اقوام	
	۵/۵۲	۱۶/۷	۲۵۷	فارس	
	۶/۹۹	۱۶/۳	۱۲	لر	

* معنی داری در سطح ۹۵ درصد ** معنی داری در سطح ۹۹ درصد

مطابق نتایج آزمون‌های تی و آنالیز واریانس بین پیامدهای منفی ناباروری با برخی از ویژگی‌های اجتماعی جمعیتی پاسخ‌گویان شامل میزان تحصیلات، میزان درآمد ماهانه، پایگاه اجتماعی - اقتصادی، محل سکونت و قومیت

همبستگی معناداری گزارش شده است. بدین ترتیب، آن دسته از زوجین نابارور که تحصیلات و درآمدی کمتر داشته‌اند، به پایگاه‌های اجتماعی-اقتصادی پایین‌تری متعلق بوده‌اند، در مناطق روستایی سکونت داشته‌اند و قومیت آن‌ها بلوچ و عرب بوده است، در مقایسه با سایر پاسخ‌گویان مقادیر بیشتری از پیامدهای منفی ناباروری را گزارش کرده بودند.

۳-۵- تفاوت‌های جنسیتی در میزان پیامدهای منفی ناباروری

داده‌های جدول شماره ۳ نشان می‌دهد که بر حسب نتایج آزمون، تفاوت معناداری بین میانگین پیامدهای منفی ناباروری در بین مردان و زنان مشاهده نمی‌شود. گرچه میانگین این رقم در بین مردان (۱۷/۸) اندکی بزرگ‌تر از زنان (۱۶/۸) بوده و همچنین ۸/۷ درصد از مردان در مقایسه با ۶/۱ درصد از زنان پیامدهای منفی باروری را تجربه کرده بودند.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

جدول ۳- توصیف متغیرهای مستقل و وابسته و آزمون تفاوت میانگین‌ها بر حسب جنسیت

کل نمونه		زنان		مردان		متغیرهای مستقل و وابسته	
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
۷۵/۷		۲۴۶	۷۸/۱	۱۲۹	۷۲/۲	۱۱۷	کم
۱۶/۹		۵۵	۱۴/۷	۲۴	۱۹/۱	۳۱	متوسط
۷/۳		۲۴	۶/۱	۱۰	۸/۷	۱۴	زیاد
۱۷/۳		۱۶/۸		۱۷/۸		میانگین	
سطح معناداری ۰/۱۳۷						مقدار آزمون -۱/۴۹	
۴۴/۴		۱۵۴	۴۰/۹	۷۰	۴۷/۷	۸۴	کم
۲۲/۲		۷۷	۲۴/۰	۴۱	۲۰/۵	۳۶	متوسط
۳۳/۴		۱۱۶	۵۲/۱	۶۰	۳۱/۸	۵۶	زیاد
۱۷/۰		۱۷/۴		۱۶/۷		میانگین	
سطح معناداری ۰/۲۴۱						مقدار آزمون -۱/۱۲	
۴۹/۷		۱۷۷	۴۰/۷	۷۲	۵۸/۷	۱۰۵	کم
۴۰/۷		۱۴۵	۴۷/۵	۸۴	۳۴/۱	۶۱	متوسط
۹/۶		۳۴	۱۱/۹	۲۱	۷/۳	۱۳	زیاد
۲۱/۷		۲۲/۵		۲۰/۹		میانگین	
سطح معناداری ** ۰/۰۰۵						مقدار آزمون -۲/۸۲	
۶۷/۱		۲۳۷	۶۷/۹	۱۰۳	۷۵/۳	۱۳۴	کم
۱۸/۱		۶۴	۲۱/۷	۳۸	۱۴/۶	۲۶	متوسط
۱۴/۷		۵۲	۱۹/۴	۳۴	۱۰/۱	۱۸	زیاد
۹/۶		۱۰/۶		۸/۶		میانگین	
سطح معناداری ** ۰/۰۰۰						مقدار آزمون -۴/۲۶	

کنار آمدن
اجباری با
ناباروری

انزوای ناشی
از ناباروری

کل نمونه		زنان		مردان		متغیرهای مستقل و وابسته	
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	تعداد	
۱۱/۰	۳۸	۱۰/۴	۱۸	۱۱/۶	۲۰	کم	اهمیت فرزند
۳۱/۳	۱۰۸	۳۱/۲	۵۴	۳۱/۴	۵۴	متوسط	
۵۷/۷	۱۹۹	۵۸/۴	۱۰۱	۵۷/۰	۹۸	زیاد	
۱۹/۶		۱۹/۸		۱۹/۵		میانگین	
سطح معناداری ۰/۳۸۶						مقدار آزمون ۰/۸۶۸	
۱/۲	۴	۱/۲	۲	۱/۲	۲	منفی	تصور فرد نابارور از نوع نگاه دیگران
۱۱/۰	۳۸	۱۶/۳	۲۸	۵/۷	۱۰	خنثی	
۸۷/۸	۳۰۴	۸۲/۶	۱۴۲	۹۳/۱	۱۶۲	مثبت	
۱۳/۹		۱۵/۰		۱۲/۸		میانگین	
سطح معناداری ** ۰/۰۰۰						مقدار آزمون -۳/۶۴	
۹/۸	۳۳	۱۳/۴	۲۲	۶/۳	۱۱	منفی	تصور فرد نابارور از خویش
۲۷/۲	۹۲	۳۱/۷	۵۲	۲۳/۰	۴۰	خنثی	
۶۳/۰	۲۱۰	۵۴/۸	۹۰	۷۰/۷	۱۲۳	مثبت	
۲۹/۰		۳۱/۰		۲۷/۱		میانگین	
سطح معناداری ** ۰/۰۰۰						مقدار آزمون -۴/۰۳	

* معنی داری در سطح ۹۵ درصد ** معنی داری در سطح ۹۹ درصد

همچنین داده‌های جدول حاکی است که هیچ‌گونه تفاوت جنسیتی معناداری در میزان اهمیت فرزند و نیز میزان مخفی کردن ناباروری از دیگران مشاهده نشده است. با این حال، نگاهی دقیق‌تر به جدول مذکور نشان می‌دهد که زنان و مردان نابارور، تفاوت‌های جنسیتی معناداری در برخی

زمینه‌ها داشته‌اند. بدین معنی که در مقایسه با مردان نابارور، زنان نابارور به اجبار با مشکل ناباروری‌شان بیشتر کنار آمده بودند، بیشتر با دیگران قطع رابطه کرده و دچار انزوای اجتماعی شده بودند، تصور منفی‌تری از نگاه دیگران به خود داشته و می‌پنداشتند که کمتر مورد توجه دیگران مهم در زندگی‌شان هستند و در نهایت، با تشکیل خودپنداره منفی‌تر نسبت به خود، در ذهنشان نگاه مثبت و شایسته کمتری به خویشان داشتند. این یافته‌ها به دقت نشان می‌دهند که زنان در مقایسه با مردان، به هنگام تشکیل خود پنداره و قضاوت راجع به میزان ارزشمندی خود، از بازخوردها و واکنش‌های اجتماعی دیگران تأثیر بیشتری پذیرفته و روابط بین شخصی برایشان اهمیت ویژه‌ای دارد.

۵-۴- تحلیل رگرسیون چند متغیره میزان پیامدهای منفی ناباروری

مطابق داده‌های جدول شماره ۴، متغیرهای هفت گانه تصور فرد نابارور از خویش، جنسیت فرد نابارور، میزان مخفی کردن ناباروری، میزان انزوای ناشی از ناباروری، میزان اهمیت فرزند، تصور فرد نابارور از نوع نگاه دیگران مهم به خود و میزان کنار آمدن اجباری با ناباروری به طور هم‌زمان به مقدار ۰/۵۱۱ با میزان پیامدهای منفی ناباروری در بین کل پاسخ‌گویان، همبستگی

۱- لازم به ذکر است چون متغیر جنسیت، در سطح سنجش اسمی اندازه‌گیری شده و شرط ورود به معادله رگرسیونی را نداشت؛ لذا با تبدیل کدهای مردان و زنان به مقادیر صفر و یک، متغیر جنسیت به صورت یک متغیر تصنعی (Dummy Variable) وارد معادله رگرسیونی شد.

چندگانه داشته‌اند. همچنین مقدار ضریب تعیین (R-Square) نشان می‌دهد که ۲۶/۱ درصد از تغییرات در میزان پیامدهای منفی ناباروری از طریق متغیرهای مستقل مذکور توضیح دادنی و تبیین کردنی است.

ضریب تأثیر استاندارد Beta، گویای جهت و به ویژه شدت تأثیر هر یک از متغیرهای مستقل در میزان پیامدهای منفی ناباروری است. نگاهی به مقادیر بتای کل پاسخ‌گویان حاکی از آن است که متغیر تصور فرد نابارور از خویش با بالاترین ضریب بتا (۰/۳۹۷)، قوی‌ترین پیش‌بینی کننده پیامدهای منفی ناباروری در بین زوجین نابارور است، بدین معنی که می‌توان پیش‌بینی نمود آن دسته از مردان و زنان ناباروری که تصورات منفی‌تری درباره خود داشته‌اند، از پیامدهای منفی باروری به مقدار بیشتری رنج می‌برند. در مرتبه دوم، متغیر جنسیت فرد نابارور با بتای معادل ۰/۲۲۳ قرار گرفته است که حاکی از بالاتر بودن پیامدهای منفی ناباروری در بین زنان در مقایسه با مردان است. در مرتبه سوم، متغیر میزان مخفی کردن داغ ناباروری با بتای معادل ۰/۱۰۷ قرار گرفته است که نشان می‌دهد مردان و زنان ناباروری که بیشتر سعی داشتند تا داغ ناباروری‌شان را از دیگران پنهان کنند، به میزان‌های بیشتری هم از پیامدهای منفی ناباروری، در رنج بوده‌اند.

جدول ۴- خلاصه مدل و ضرایب رگرسیونی پیامدهای منفی ناباروری در بین کل نمونه

نمونه آماری	متغیرهای پیش‌بینی کننده	(B) ضریب تأثیر غیر استاندارد	(Beta) ضریب تأثیر استاندارد	مقدار آزمون تی T-value	(Sig) سطح معناداری
کل مردان و زنان نابارور	تصور فرد نابارور از خویش	۰/۲۹۱	۰/۳۹۸	۶/۴۴	۰/۰۰۰
	جنسیت فرد نابارور	۲/۵۹	۰/۲۲۳	۴/۶۲	۰/۰۰۰
	میزان مخفی کردن ناباروری	۰/۱۰۰	۰/۱۰۷	۲/۰۲	۰/۰۴۵
	میزان انزوای ناشی از ناباروری	۰/۱۲۶	۰/۰۹۸	۱/۵۶	۰/۱۲۰
	میزان اهمیت فرزند	۰/۱۳۰	۰/۰۸۵	۱/۵۵	۰/۱۲۲
	تصور فرد نابارور از نوع نگاه دیگران مهم	۰/۰۷۷	۰/۰۷۱	۱/۳۳	۰/۱۸۴
	میزان کنار آمدن اجباری با ناباروری	۰/۰۴۶	۰/۰۴۲	۰/۸۹۳	۰/۳۷۲
خلاصه مدل رگرسیونی	R (ضریب همبستگی چندگانه)	۰/۲۶۱			
	R-square (مجذور همبستگی)	۰/۲۴۶			
	F (ضریب همبستگی چندگانه)	۱۷/۵			
	Sig. (مقدار معناداری)				۰/۰۰۰

معادله رگرسیونی استاندارد را می‌توان به شرح زیر نوشت:

میزان پیامدهای منفی ناباروری = (تصور فرد نابارور از خویش) ۰/۳۹۸ + (جنسیت) ۰/۲۲۳ + (مخفی کردن ناباروری) ۰/۱۰۷

نگاهی به نتایج تحلیل رگرسیونی بر حسب جنسیت، حاکی از تفاوت جنسیتی در زمینه پیش‌بینی کننده‌های میزان پیامدهای منفی ناباروری در بین مردان و زنان نابارور است. بدین معنی که در بین مردان نابارور، متغیرهای

تصور فرد نابارور از خویش (با بتای ۰/۴۳۵) و مخفی کردن ناباروری (با بتای ۰/۲۰۱) به ترتیب مهم‌ترین و تنها متغیرهای معناداری هستند که قادرند میزان تجربه پیامدهای منفی ناباروری در بین مردان نابارور را پیش‌بینی کنند. بدین ترتیب، پیش‌بینی می‌شود که میزان پیامدهای منفی ناباروری در بین آن دسته از مردان نابارور که تصویر منفی‌تری از خویش در ذهن داشته و برای مدیریت اطلاعات و مخفی نگه داشتن داغ ناباروری تلاش بیشتری کرده‌اند بیشتر است.

در مقابل، گرچه در بین زنان نابارور نیز همانند هم‌تایان مردشان، متغیر تصور فرد نابارور از خویش (با بتای ۰/۳۴۵) مهم‌ترین پیش‌بینی کننده میزان پیامدهای منفی ناباروری بوده است، اما متغیر میزان انزوای ناشی از ناباروری به عنوان دومین متغیر معنادار با بتای معادل ۰/۲۲۴ در معادله رگرسیونی قرار گرفته است. این یافته‌ها حاکی است که آن دسته از زنان ناباروری که تصویر منفی‌تری از خود در ذهن داشته و به علت ناباروری سعی در اجتناب از برقراری روابط اجتماعی با دیگران داشته‌اند، به احتمال بیشتری دچار پیامدهای منفی ناباروری شده‌اند. گرچه متغیر میزان اهمیت فرزند نیز با بتای معادل ۰/۱۴۷ قادر به پیش‌بینی میزان بالاتر پیامدهای منفی ناباروری در بین زنان ناباروری است که مادر شدن و داشتن فرزند برایشان اهمیت بیشتری دارد، اما این رابطه به لحاظ آماری، معنادار نیست.

جدول ۵- خلاصه مدل و ضرایب رگرسیونی پیامدهای منفی ناباروری در بین مردان نابارور

نمونه آماری	متغیرهای پیش‌بینی کننده	(B) ضریب تأثیر غیر استاندارد	(Beta) ضریب تأثیر استاندارد	مقدار آزمون T- تی value	(Sig.) سطح معناداری
مردان نابارور	تصور فرد نابارور از خویش	۰/۳۲۰	۰/۴۳۵	۵/۴۲۷	۰/۰۰۰
	میزان مخفی کردن ناباروری	۰/۲۰۱	۰/۲۰۱	۲/۶۸۰	۰/۰۰۸
	تصور فرد نابارور از نوع نگاه دیگران مهم	۰/۰۵۳	۰/۰۴۵	۰/۶۳۱	۰/۵۲۹
	میزان اهمیت فرزند	۰/۰۶۵	۰/۰۴۱	۰/۵۷۹	۰/۵۶۳
	میزان کنار آمدن اجباری ناباروری	۰/۰۳۶	۰/۰۳۱	۰/۴۵۷	۰/۶۴۸
	میزان انزوای ناشی از ناباروری	۰/۰۳۲	۰/۰۲۲	۰/۲۸۲	۰/۷۷۸
خلاصه مدل رگرسیونی	R (ضریب همبستگی چندگانه)	R-square (مجذور همبستگی)	Adjusted R-square (مجذور اصلاح شده)	F آنالیز واریانس	Sig. سطح معناداری
	۰/۵۶۶	۰/۳۲۱	۰/۲۹۷	۱۳/۵	۰/۰۰۰

جدول ۶- خلاصه مدل و ضرایب رگرسیونی پیامدهای منفی ناباروری در بین زنان نابارور

نمونه آماری	متغیرهای پیش‌بینی کننده	(B) ضریب تأثیر غیر استاندارد	(Beta) ضریب تأثیر استاندارد	مقدار آزمون تی T-value	(Sig.) سطح معناداری
زنان نابارور	تصور فرد نابارور از خویش	۰/۲۰۷	۰/۳۴۵	۳/۶۶	۰/۰۰۰
	میزان انزوای ناشی از ناباروری	۰/۲۶۵	۰/۲۲۴	۲/۲۸	۰/۰۲۴
	میزان اهمیت فرزند	۰/۲۱۴	۰/۱۴۷	۱/۶۵	۰/۱۰۱
	تصور فرد نابارور از نوع نگاه دیگران مهم	۰/۰۶۰	۰/۰۶۰	۰/۷۴۳	۰/۴۵۹
	میزان کنار آمدن اجباری با ناباروری	-۰/۰۰۹	-۰/۰۰۹	-۰/۱۲۹	۰/۸۹۷
	میزان مخفی کردن ناباروری	-۰/۰۰۵	-۰/۰۰۶	-۰/۰۷۱	۰/۹۴۳
خلاصه مدل رگرسیونی	R (ضریب همبستگی چندگانه)	۰/۲۱۵	۰/۱۸۷	۷/۷۲	۰/۰۰۰
	R-square (مجذور همبستگی)				
	F (ضریب همبستگی چندگانه)				
	Adjusted R-square (مجدور اصلاح شده)				
	Sig. سطح معناداری				

۶- نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی «تفاوت‌های جنسیتی در پیامدهای روانی-اجتماعی ناباروری در بین مردان و زنان نابارور مراجعه کننده به مرکز درمان ناباروری شهر یزد» انجام شده است. یکی از یافته‌های مهم تحقیق حاضر، کشف رابطه بین بالاتر بودن سطح پایگاه اجتماعی-اقتصادی (درآمد و تحصیلات) زوجین نابارور با پایین بودن میزان پیامدهای منفی

ناباروری در آن‌ها بوده است. این یافته مطابق مفروضات نظریه برچسب زنی است که افراد فاقد قدرت، موقعیت اجتماعی و منابع ضمن آنکه بیشتر در معرض برچسب قرار می‌گیرند، ممکن است پیامدهای منفی تری نیز متحمل گردند، چرا که به علت برچسب دریافت شده، عزت نفس آن‌ها کاهش یافته و نیز قادر به بهره‌گیری از منابع لازم جهت مقابله با استیگمای ناشی از برچسب نیستند. عباسی شوازی و همکاران نیز نشان داده‌اند که میزان اثرات ناباروری با موقعیت اجتماعی و اقتصادی افراد رابطه دارد و موقعیت تحصیلی و شغلی بالاتر، مشکلات کمتری در این زمینه دارند (عباسی شوازی و همکاران ۱۳۸۴: ۱۱۳-۹۱)

به علاوه، نتایج تحقیق حاضر حاکی از وجود تفاوت‌های جنسیتی معنادار در تصور فرد نابارور از نوع نگاه دیگران مهم و نیز تصور فرد نابارور از خویش بوده است که در هر دو مورد، زنان نابارور در مقایسه با هم‌تابان مردشان، تصور منفی تری داشته‌اند. بر اساس مفروضات نظریه برچسب زنی، قدرت یک برچسب برای ایجاد انحراف ثانویه به دو عامل مربوط می‌شود: واکنش‌های اجتماعی نسبت به شخص برچسب خورده و واکنش فرد برچسب خورده نسبت به برچسب، واکنش‌های دیگران، و خویش‌نمایی. انحراف ثانوی بیشتر بدین خاطر رخ می‌دهد که به خود برچسب معنایی اجتماعی الصاق شده است که واکنش‌های اجتماعی دیگران این معانی را حفظ و تقویت می‌کند. بدین ترتیب، واکنش یک فرد بیمار یا منحرف نسبت

به بیماری یا انحرافش، به علت تفسیر اجتماعی‌ای است که خود وی و دیگران نسبت به آن برچسب در ذهن دارند؛ لذا گاهی اوقات برای افراد تحمل واکنش‌های منفی اجتماعی ناشی از دریافت برچسب یک بیماری (برای مثال ایدز، بیماری روانی، ناباروری) بسیار سخت‌تر و سنگین‌تر از پیامدها و مخاطرات جسمی و یا روانی یک بیماری است. در واقع، برچسب ممکن است از سوی خود فرد مقبول واقع شده و در نتیجه دگرگونی رفتاری برطبق برچسب پدید آورد (آرمسترانگ و توکل ۱۳۸۷: ۱۱۹). به نظر می‌رسد این مفروضات نظریه برچسب زنی، درباره افرادی بیشتر صادق است که عزت نفس ضعیفی داشته و در مقابل برچسب‌های زده شده بدون هرگونه مقاومتی تن به تسلیم و پذیرش بدهند. به عقیده روتنبرگ برچسب از نظر ترغیب فرد برچسب خورده به پذیرش آن، تنها زمانی مؤثر خواهد بود که هم برچسب با خود پنداره قبلی وی مطابقت داشته باشد و هم برچسب مذکور، با طبقه‌بندی کلی و گروه کلی‌ای که فرد مستعد پذیرش آن است، متناسب و هماهنگ باشد (کوکرین ۱۳۷۶: ۱۸۴). به نظر می‌رسد این وضعیت، در مورد زنان نابارور در مقایسه با مردان، مصداق بیشتری دارد، چنان‌که نتایج تحقیق حاضر همخوان با یافته‌های پژوهش‌های انجام شده توسط یونسی و ویرسما نشان داد تفاوت معناداری بین زنان و مردان در تصور فرد نابارور از نوع نگاه دیگران مهم وجود دارد (یونسی ۱۳۸۴: ۵۴۵-۵۳۴-۱-8: Wiersema 2006) بدین صورت که زنان نابارور نسبت به مردان به میزان بیشتری احساس می‌کرده‌اند

که در معرض نگاه منفی دیگران مهم به علت ناباروری‌شان قرار داشته‌اند. به دنبال این تفاوت جنسیتی معنادار در تصور از نگاه دیگران مهم، یافته‌های این پژوهش این نکته را نیز تأیید کرده‌اند که تفاوت جنسیتی معناداری در تصور فرد نابارور از خویش نیز وجود دارد؛ بدین معنی که زنان نابارور در مقایسه با مردان نابارور، در ذهنشان تصویر منفی تری از خویش ساخته‌اند. در واقع، این زنان نابارور به علت مشکل ناباروری، خود را موجودی کم ارزش و شایسته سرزنش می‌دانسته‌اند. این یافته، با نتایج به دست آمده در سایر پژوهش‌ها (کرمی نوری ۱۳۸۰: ۲۶-۱۴؛ مظاهری ۱۳۸۰: ۳۲-۲۳؛ نجمی و همکاران ۱۳۸۰: ۴۵-۴۰؛ یونسی ۱۳۸۴: ۵۴۵-۵۳۱؛ علیزاده و همکاران ۱۳۸۴: ۲۰۴-۱۹۴؛ خسروی ۱۳۸۰: ۶۴-۵۶؛ Galhardo & et al 2010: 229-237؛ Wiersema& et al Tuzer & et al 2010: 2408-2414؛ Remennicr 2000: 821-841؛ 2006: 1-8) همخوانی دارد. زنان نابارور در مقایسه با مردان نابارور، خانواده بدون فرزند را ناقص‌تر و بی‌معنی‌تر دانسته و احساس نابالغی و ناپختگی، احساس پوچی و بی‌ارزشی، عصبانیت و بی‌حوصلگی بیشتری می‌کنند که این خود، تأییدی بر نگرش‌های متفاوت جنسیتی به مسئله ناباروری است (خسروی ۱۳۸۰: ۶۴-۵۶).

در تبیین این تفاوت می‌توان به عوامل فرهنگی و اجتماعی- روانی اشاره کرد، به این معنی که از منظر فرهنگی، در جوامع مختلف به نقش مادری به عنوان مهم‌ترین نقش زن تأکید می‌شود؛ لذا ناتوانی در ایفای این نقش می‌تواند به کاهش عزت نفس و افزایش سرزنش خویش و در نهایت ترسیم

تصویری منفی از خود منجر شود. از سوی دیگر و از منظری اجتماعی-روانی، تمایل به پذیرش برجسب ناباروری توسط زنان، می‌تواند به تشکیل خود پنداره‌ای منفی‌تر در مقایسه با مردان نابارور منجر شود.

همچنین تحلیل یافته‌های پژوهش حاضر در قالب نظریه استیگما حاکی از وجود رابطه مستقیم و معنادار بین میزان مخفی کردن داغ ناباروری و میزان پیامدهای منفی ناباروری بوده است. به عبارت واضح‌تر، مردان و زنان ناباروری که به میزان بیشتری در پی مخفی کردن داغ ناباروری‌شان از دیگران بوده‌اند، پیامدهای روانی-اجتماعی منفی بیشتری را تجربه کرده‌اند. این یافته در راستای نظریه گافمن در زمینه راهبردهای مدیریت استیگما در بین افراد بدنام شده و داغ خورده (از جمله ناباوران) است. به عقیده گافمن اولین راهبرد برای مقابله با استیگما مخفی کردن آن است. فرد داغ خورده امکان پذیرفته شدن ندارد، اما باز هم می‌تواند بکوشد تا از شدت داغ بکاهد. این کار می‌تواند با دوری گزیدن از وضعیتی صورت گیرد که لکه ننگ را زننده و برجسته می‌کند، یا با کاهش دادن میزان به چشم آمدن مسئله‌ای که تبدیل به لکه ننگ شده است (آرمسترانگ و توکل ۱۳۸۷: ۱۷۴). بدین ترتیب، مسئله اصلی افراد در معرض داغ بی‌اعتباری (ناباورانی که دیگران از مشکل ناباوریشان بی‌اطلاع‌اند)، مدیریت اطلاعات و مخفی نگه داشتن داغ است که به علت ترس افراد از خطر برملا شدن داغ پنهان، موجب افزایش میزان تنش و فشارهای روانی-اجتماعی بر این افراد می‌شود. علاوه بر این، نتایج

تحقیق حاضر نشان داد که تفاوت جنسیتی معناداری در میزان مخفی کردن داغ ناباروری بین مردان و زنان نابارور وجود ندارد. این یافته، نتایج تحقیق توزر و همکاران را که نشان داد مردان بیشتر در پی مخفی کردن ناباروری‌شان بودند، اما زنان ترجیح می‌دانند با دیگران صحبت کنند (Tuzer & et al 2010: 229-237)، تأیید نمی‌کند. به نظر می‌رسد میزان اهمیت داشتن فرزند و شدت بدنام‌کنندگی ناباروری برای زنان ایرانی، تا آن حد است که حتی حاضر نیستند راجع به آن با دیگران صحبت کنند.

پذیرفتن و کنار آمدن اجباری با داغ ناباروری به عنوان دومین راهبرد مقابله با بدنامی مطرح می‌شود. گافمن بیان می‌کند بیمار دچار لکه ننگ ممکن است بکوشد و بتواند خود را فرد عادی‌ای نشان دهد که این مورد بسته به معضل پزشکی وی، اغلب شکل‌های گوناگونی از استتار را ایجاد می‌کند و فرد بیمار مداوم در معرض خطر برملا شدن می‌باشد. این خطر برملا شدن می‌تواند منبع پایداری برای ایجاد تنش روانی باشد، به گونه‌ای که برای برخی صداقت درباره لکه ننگ آسان‌تر از پنهان کردن آن است (آرمسترانگ و توکل ۱۳۸۷). در واقع، فرد بدنام شده سعی دارد تا با استفاده از این راهبرد، خود را از زیر بار فشارهای روانی-اجتماعی ناشی از داغ، رها سازد؛ لذا انتظار می‌رود که چنین افرادی با کنار آمدن با داغ، تنش‌های کمتری را گزارش کنند. یافته‌های تحقیق حاضر درباره‌ی نبود رابطه معنادار بین متغیرهای میزان کنار آمدن اجباری با داغ ناباروری و پیامدهای منفی

ناباروری، درست در راستای همین مفروض تئوریک است. بدین معنی که هر چه که مردان و زنان نابارور به میزان بیشتری سعی در کنار آمدن با داغ ناباروری داشته‌اند، پیامدهای منفی ناباروری را در سطح پایین‌تری گزارش کرده‌اند. همچنین یافته‌های تحقیق حاضر به تفکیک جنسیت، وجود تفاوت معنی‌دار در ارقام میانگین میزان پذیرفتن داغ ناباروری در بین زنان و مردان نابارور را نشان می‌دهد، بدین معنی که در مقایسه با مردان نابارور، زنانی که از مشکل ناباروری رنج می‌بردند به میزان بیشتری سعی داشتند تا به اجبار با ناباروری‌شان کنار بیایند تا بتوانند از پیامدهای منفی آن بکاهند. این یافته، با نتایج تحقیق کرمی نوری و همکاران هم‌خوانی دارد (کرمی نوری و همکاران ۱۳۸۰).

انزوا و کناره‌گیری از روابط اجتماعی، به عنوان سومین راهبرد مقابله با داغ از طرف گافمن مطرح می‌شود. این راهبرد بیشتر هنگامی استفاده می‌شود که فرد داغ خورده، فاقد حامی باشد و یا به هر دلیلی انکار و مخفی سازی و یا پذیرش داغ و بهنجار سازی آن برای وی دشوار باشد (مسعودنیا ۱۳۸۹: ۶۱۱). در واقع، زمانی که یک داغ برای دیگران شناخته و آشکار شده است، معمولاً فرد داغ خورده ترجیح می‌دهد که از مشارکت اجتماعی و حضور در جمع دیگران اجتناب کند. تحقیق حاضر نیز نشان داد که یک سوم از مردان و زنان نابارور با انتخاب راهبرد انزوا و عزلت در حد متوسط و زیاد، سعی داشته‌اند تا از تماس اجتماعی با دیگران اجتناب نموده و در مراسم

و مکان‌های اجتماعی حضور کمتری داشته باشند. نکته قابل توجه، وجود تفاوت جنسیتی معنادار در میزان انزوای ناشی از ناباروری است؛ بدین معنی که در مقایسه با مردان نابارور، زنان نابارور تمایل بیشتری به عزلت‌گزینی، انزوا و گوشه‌گیری از روابط اجتماعی به منظور کاستن از پیامدهای منفی ناباروری داشته‌اند. این یافته، با نتایج پژوهش‌های گالهاردو و همکاران در سال ۲۰۱۱ و رمی نک در سال ۲۰۰۰ هموست که نشان داده‌اند یک زن نابارور، تنها نداشتن فرزند را تجربه نمی‌کند، بلکه ممکن است روابط خود با خانواده، همسر و دوستان را نیز از دست داده و دچار احساس تنهایی و انزوا شود، همچنین ممکن است از طرف خود و دیگران سرزنش شده و هویت خود را به عنوان یک زن، از دست بدهد.

بر اساس آموزه‌های فرهنگی جامعه ایرانی، بچه‌دار شدن برای مردان و زنان متأهل، هدفی والا و ارزشمند بوده و یکی از مهم‌ترین عوامل تعیین‌کننده جایگاه افراد در نظام اجتماعی جامعه محسوب می‌شود؛ لذا زوجین فاقد فرزند به علت ناباروری، ممکن است که از سوی دیگران مهم برچسب منفی ناباروری دریافت کنند. چنین برچسبی، به دنبال خود منجر به کلیشه‌سازی و انتساب صفات منفی به ناباروران، گنجانده شدن افراد نابارور در مقولات متمایز و سپس نوع جدایی‌ذهنی دیگران از آن‌ها می‌شود. این فرایند در نهایت، سبب می‌شود تا ناباروران قادر به کسب پایگاه اجتماعی درخور نگردند و از سوی اعضای جامعه نیز دچار عدم پذیرش، طرد، محرومیت و

یا تبعیض گردند. با این حال، آن‌چنان‌که صاحب‌نظران نظریه برچسب زنی معتقدند، اینکه یک برچسب به چه کسانی زده شود، چگونه زده شود، چرا زده شود و چه پیامدهایی برای فرد برچسب خورده به همراه داشته باشد به عوامل متعددی بستگی پیدا می‌کند که یکی از مهم‌ترین آن‌ها قدرت است؛ قدرت فرد برچسب زنده و فرد دریافت‌کننده برچسب. به عبارت واضح‌تر، آن دسته از افراد نابارور که قدرت اجتماعی کمتری دارند، بیشتر در معرض برچسب نابارور بودن قرار گرفته و دچار پیامدهای منفی آن می‌شوند؛ در حالی که افرادی که در نظام اجتماعی و خانوادگی قدرت اجتماعی بیشتری داشته و به منابع بیشتری دسترسی دارند، کمتر برچسب نابارور را دریافت کرده و عواقب ناشی از آن را تجربه می‌کنند. بررسی موقعیت اجتماعی مردان و زنان، به ویژه در بخش‌های سنتی آن، حاکی از وجود قدرت اجتماعی و خانوادگی بیشتر مردان و نیز دسترسی بیشتر آنان به منابع اقتصادی، سیاسی، جسمی و حقوقی در مقایسه با زنان است؛ لذا در این توزیع به نسبت نابرابر در قدرت و منابع، می‌توان انتظار داشت که زنان قبل از مردان برچسب ناباروری دریافت کنند، شدت و ماندگاری برچسب‌های زده شده به آنان بیشتر باشد و از بابت این برچسب‌ها، پیامدهای اقتصادی، اجتماعی، و روانی منفی تری را نیز متحمل گردند.

براساس پژوهش عباسی مولید و همکاران، مشکلات زوجین نابارور را می‌توان حداقل در سه دسته مشکلات شخصی و فردی، بین شخصی و مرتبط با دیگران و فراشخصی (محیطی و اجتماعی) تقسیم‌بندی کرد؛ لذا هر گونه سیاست‌گذاری برای حل و یا کاهش مشکلات زوجین نابارور باید در سطوح سه گانه مذکور انجام شود. با عنایت به یافته‌های پژوهش حاضر، راه‌کارهای زیر پیشنهاد می‌شود:

(۱) در سطح فردی، نسبت به توانمندسازی افراد نابارور و ارائه خدمات مشاوره‌ای به آن‌ها به موازات درمان‌های پزشکی اقدام شود.

(۲) در سطح بین شخصی، مداخلات انجام شده تنها متمرکز بر فرد نابارور نباشد و دامنه آن به اعضای خانواده و دیگران مهم (دوستان و همکاران) نیز گسترش یابد؛ چرا که بالا بردن آگاهی و مهارت اعضای خانواده و به ویژه همسر فرد نابارور می‌تواند به افزایش حمایت اجتماعی و عزت نفس ناباروران منجر شود و سازگاری عاطفی آن‌ها با مشکل ناباروری را تسهیل کند.

(۳) در سطح اجتماعی برای کمک به زوجین نابارور و به ویژه زنان، برای کاهش پیامدهای روانی- اجتماعی منفی ناباروری، راهبردهای کلان مقیاس فرهنگی و اجتماعی طراحی شود تا از میزان استیگمای فرهنگی نازایی و عقیم بودن بکاهد و زوجین نابارور را به میزانی توانمند کند تا قادر باشند ضمن بهره‌گیری از آخرین فن‌آوری‌های درمان ناباروری، به بازسازی و

ترمیم روانی خود پرداخته و بتوانند بدون هرگونه احساس شرم و نگرانی در مجامع عمومی و مراسم اجتماعی مشارکت نموده و موفقیت‌های شغلی و تحصیلی‌شان، تحت الشعاع آثار منفی اجتماعی ناباروری قرار نگیرد. ضروری است که در طراحی سیاستگذاری‌ها و نیز ارائه راهبردهای کلان و راه‌کارهای اجرایی به تفاوت‌های جنسیتی در زمینه میزان و نوع تأثیرپذیری زنان و مردان از مشکل ناباروری توجه و عنایت ویژه‌ای مبذول گردد.



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

منابع

- ◀ آرمسترانگ، دیوید و محمد توکل ۱۳۸۷. *جامعه‌شناسی پزشکی*، تهران، موسسه فرهنگی حقوقی سینا.
- ◀ بهدانی، فاطمه و همکاران. «بررسی شیوع افسردگی و عوامل مؤثر بر آن در زنان نابارور مراجعه کننده به کلینیک نازایی منتصریه مشهد» *اصول بهداشت روانی*، سال ۶، ش ۲۳ و ۲۴، (۱۳۸۳).
- ◀ تاسیگ، مارک، میکو، جانت و سری سویدی ۱۳۸۶. *جامعه‌شناسی بیماری‌های روانی*، ترجمه احمد عبداللهی، تهران، سمت.
- ◀ تقوی، نغمه و علی فتحی آشیانی. «ویژگی‌های روان‌شناختی زنان و مردان نابارور در مقایسه با گروه بارور»، *اندیشه و رفتار*، سال ۳، ش ۱۱، (۱۳۸۸).
- ◀ چوبفروش زاده، آزاده، مهرداد کلانتری و حسین مولوی. «اثربخشی مدیریت شناختی رفتاری استرس بر بهزیستی ذهنی زنان نابارور»، *روان‌شناسی بالینی*، سال ۱، ش ۴، (۱۳۸۸).
- ◀ خداکرمی، ناهید، سمیه هاشمی، صدیقه صدیق و همکاران. «تجربه زندگی با ناباروری: یک بررسی پدیدارشناسی»، *باروری و ناباروری*، سال ۱۰، ش ۴ (۱۳۸۸).
- ◀ خسروی، زهره. «عوامل پیش‌بینی کننده سلامت روان در زوج‌های نابارور»، *باروری و ناباروری*، سال ۳، ش ۹، (۱۳۸۰).
- ◀ رضایی دهنوی، صدیقه نوری، ابوالقاسم جعفری، و همکاران. «بررسی پدیده استیگما در مادران دارای فرزند با نشانگان داون در شهر اصفهان: رویکردی روانی-اجتماعی»، *خانواده پژوهی*، سال ۵، ش ۱۹، (۱۳۸۸).
- ◀ رمضان زاده، فاطمه و همکاران. «سازگاری هیجانی در افراد نابارور»، *نشریه علمی-پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی*، سال ۲۰، ش ۷۰، (۱۳۸۹).
- ◀ شیرینی، طهمورث و سهیلا بیداریان. «بررسی عوامل اقتصادی جمعیتی مؤثر بر باروری

بررسی تفاوت‌های جنسیتی در پیامدهای روانی-اجتماعی ناباروری

- زنان ۴۹-۱۵ ساله شاغل در آموزش پرورش منطقه ۲۲ تهران، «نامه علوم اجتماعی، سال ۳، ۳، (۱۳۸۸)».
- عباسی شوازی، محمدجلال و رسول صادقی. «قومیت و باروری: تحلیل رفتار باروری گروه های قومی در ایران»، نامه علوم اجتماعی، ش ۲۹، (۱۳۸۵).
- عباسی شوازی، محمدجلال و عباس عسکری ندوشن. «تغییرات خانواده و کاهش باروری در ایران مطالعه موردی استان یزد»، نامه علوم اجتماعی، ش ۷۵، (۱۳۸۴).
- عباسی شوازی، محمدجلال و همکاران. «ناباروری و تجربه زیسته زنان نابارور: مطالعه موردی در تهران»، پژوهش زنان، سال ۳، ش ۳، (۱۳۸۴).
- عباسی شوازی و همکاران. «دیدگاه زنان نابارور در مورد اهداء گامت: یک مطالعه موردی در تهران»، باروری و ناباروری، سال ۲، ش ۲، (۱۳۸۵).
- عباسی مولید، حسین، امیر قمرانی مریم السادات فاتحی زاده. «آسیب‌شناسی زندگی زوج‌های نابارور ایرانی»، طب و تزکیه، ش ۷۲ و ۷۳، (۱۳۸۸).
- علیزاده، توران و همکاران. «رابطه بین عزت نفس و منبع کنترل با استرس ناباروری زنان و مردان نابارور» باروری و ناباروری، سال ۶، ش ۲، (۱۳۸۴).
- فهامی، فریبا، سمانه، حسینی قوچانی، سهیلا احسان‌پور، و علی ضرغام. «تجربه زیستی زنان نابارور با علت زنانه»، زنان مامایی و نازایی ایران، سال ۱۳، ش ۴، (۱۳۸۸).
- کریمی نوری، رضا و همکاران. «جنبه‌های روانی-اجتماعی ناباروری از دیدگاه پزشکان ایرانی»، باروری و ناباروری، سال ۲، ش ۷، (۱۳۸۰).
- کلانتری، صمد، اکبر زارع شاه آبادی و حسن بیک محمدی. «عوامل جمعیتی مؤثر بر باروری زنان یزد در سال ۱۳۸۳»، پژوهش زنان، سال ۳، ش ۲، (۱۳۸۴).
- کوکرین، ریموند ۱۳۷۶. «مبانی اجتماعی بیماری‌های روانی، ترجمه بهمن نجاریان و فریده براتی سده، تهران، رشد».
- کیوان آرا، محمود ۱۳۸۶. «اصول و مبانی جامعه‌شناسی پزشکی، اصفهان، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان».
- گافمن، اروینگ ۱۳۸۶. «داغ ننگ، چاره‌اندیشی برای هویت ضایع شده، ترجمه مسعود

کیانپور، تهران، مرکز.

◀ محبوب، جلیل و رشیدی فارفار. «بررسی جنبه‌های اجتماعی و پیامدهای ناباروری، مطالعه موردی شهر شیراز»، جمعیت، ش ۴۴-۴۳، (۱۳۸۲).

◀ محسنی، رضا علی، سیدرضا نقیب‌السادات و آنتینا نامداری بیرگانی. «تحلیل باروری زنان؛ عوامل اجتماعی، اقتصادی و دموگرافیکی موثر بر آن»، کتاب ماه علوم اجتماعی، ش ۳۴، (۱۳۸۹).

◀ مسعودنیا، ابراهیم ۱۳۸۹. جامعه‌شناسی پزشکی، تهران، دانشگاه تهران.

◀ مظاهری، محمدعلی و همکاران. «شیوه‌های حل مسئله و سازگاری زناشویی در زوج‌های نابارور و بارور»، باروری و ناباروری، سال ۲، ش ۴، (۱۳۸۰).

◀ نجمی، بدرالدین و همکاران. «ویژگی‌های روان‌شناختی زوج‌های نابارور مراجعه کننده به مرکز ناباروری شهرستان اصفهان»، باروری و ناباروری، سال ۲، ش ۴، (۱۳۸۰).

◀ نیلفروشان، پریسا، سیداحمد احمدی، محمدرضا عابدی، محمد رضا و سیدمه‌دی احمدی. «نگرش نسبت به ناباروری و رابطه آن با افسردگی و اضطراب در افراد نابارور»، باروری و ناباروری، سال ۷، ش ۵، (۱۳۸۴).

◀ _____ . «مقایسه کیفیت زندگی و ابعاد مختلف آن در زنان بارور و نابارور»، تحقیقات علوم رفتاری، سال ۴، ش ۱ و ۲، (۱۳۸۵).

◀ یونسی، سید جلال. «ارزیابی استیگما در میان زنان و مردان نابارور ایران»، باروری و ناباروری، دوره ۶، ش ۵، (۱۳۸۴).

◀ یونسی، سید جلال و انوشه سلاجقه. «تصویر ذهنی از بدن در زنان بارور و نابارور»، باروری و ناباروری، سال ۲، ش ۸، (۱۳۸۰).

➤ Anderson, K.m, Sharpe. M, Rattrary. A & Irvine D.S “Distress and concerns in couples referred to a specialist infertility clinic”, *Journal of Psychosomatic Research*, Vol 54 (4), (2003).

➤ Bennett, S.L.R (2009) An Investigation of Sources of Sources of Women’s Infertility- Specific distress and Well- being, “The Graduate Faculty

of the University of Akron”.

➤ Bernburg, Jon Gunnar & Marvin D Korohn. “Labeling, life Chances, and Adult Crime: The Direct and Indirect Effects of Official Intervention in Adolescence on Crime In Early Adulthood”, *Criminology*, Vol 41(4), (2003).

➤ Bliss, Carol. “The Social Construction of Infertility by Minority Women”, Doctoral Dissertation. (1999).

➤ Blyth, Eric & Ruth Moore, 2001. *Involuntary childlessness and dtigma*, IN: Mason et al. *Stigma and Social Exclusion in Healthcare*, London, Routledge.

➤ Daar, Abdallah S & Zara Merali. “Infertility and Social and Suffering: the case of ART in developing countries”, Report of a meeting on “Medical, Ethical and Social Aspects of Assisted Reproduction” held at WHO Headquarters in Geneva, Switzerland, (2001).

➤ DonKor, S. E & J. Sandell. “The impact of perceived stigma and mediating social factors on in fertility-related stress among women seeking infertility treatment in Southern Ghana”. *Social Science and Medicine*, Vol 65 (2007).

➤ Dyer, S. J., N., Abrahams, M. Hoffman, & Z. M. van der Spuy. “Men leave me as I cannot have children: Women’s experiences with involuntary childlessness”. *Human Reproduction*, 17 (6), (2002).

➤ Fido, Aboullahi & Muhammad A. Zahid. “Coping With Infertility among Kuwaiti Women: Cultural Perspectives”, *International Journal of Social Psychiatry*, Vol 50, (2004).

➤ Galhardo A, J. Pinto-Gouveia, M. Cunha & Matos. “The impact of shame and self-judgment on psychopathology in infertile patients”, *Human Reproduction*, Vol 26 (9), (2010).

- Gerrits. Trudie. “Social and cultural aspects of infertility in Mozambique”, Patient Education and Counseling, (31), (1997).
- Janathan, Gabe, Mike Bury & Mary Ann Elston 2004. Key concepts in Medical Sociology, UK, Sage Publication.
- Joyce O Omoaregba, Bawo O James, Ambrose O Lawani, Olufemi Morakinyo, Osasu S Olotu. “Psychosocial characteristics of female infertility in a tertiary health institution in Nigeria”, Annals of African Medicine, Vol. 10(1), (2011).
- Lee T, G Sun & S Chao. “The effect of an infertility diagnosis on the distress, marital and sexual satisfaction between husbands and wives in Taiwan”, Human Reproductive, Vol 16(8), (2001).
- Link, Bruce G & Jo C. Phelan 2010. Labeling and stigma, IN: Scheid, Teresa L. & Brown, Tony N. A Handbook for the Study of Mental Health: Social Contexts, Theories, and Systems, NewYork, Cambridge University Press.
- Loftus, Jeni & Paul Namaste. “Expectant Mothers: Women’s Infertility and the Potential Identity of Biological Motherhood”, Qualitative Sociology Review, Vol 5(1), (2011).
- Lund. R. “The impact of social relations on the incidence of severe depressive symptoms among infertile women and men”, Human Reproduction, Vol 24(11),(2009).
- Matsubayashi H, T. Hosaka, S. Izumi, T. Suzuki, T. Makino. “Emotional distress of infertile women in Japan”, Human Reproduction , Vol 16(5), (2001).
- Palha, Antonio P & Mario F Lourenco. “Psychological and Cross- Cul-

tural Aspects of Infertility and Human Sexuality”, *Advanced Psychosomatic Medicine*, Vol 31, (2011).

➤ Payton, Andrew R. & Peggy A. Thoits. “Medicalization, consumer advertising, and mental illness stigma”, *Society & Mental Health*, 1(1), (2011).

➤ Remennick, Larissa. “Childless in the Land of Imperative Motherhood: Stigma and Coping among Infertile Israeli Women.” *Sex Roles*, 43, (2000).

➤ Scheff, Thomas, J. 1966. *Being mentally ill: A sociological theory*, Chicago: Adline Publishing Co.

➤ Sudha. G, K.S.N. Reddy, K.N. Reddy & Reddy. “Emotional Distress in Couples: A Cross Cultural Study”, *Asia Pacific Journal of Social Sciences*, Vol. 3(1), (2010).

➤ Sultan, Sarwat & Azam Tahir. “Psychological Consequences of Infertility”, *Hellenic Journal of Psychology*, Vol. 8, (2011).

➤ Sundby. Johanne. “Infertility in the Gambia: traditional and modern health care”. *Patient Education and Counseling*, Vol (31), (1997).

➤ Thoits, Peggy A. “Problem Differential Labeling of Mental Illness by Social Status: A New Look at an Old”, *Journal of Health and Social Behavior*, Vol.46, (2005).

➤ Tuzer, Verda, T. Altug, G. Sema, & et al. “Marital adjustment and emotional symptoms in infertile couples: gender differences”, *Turk J Med Sci*, Vol. 40(2), (2010).

➤ Van Rooij. Floor B, Frank. Van Balen. & Jo M. A. Hermans. “The Experiences of Involuntarily Childless Turkish Immigrants in the Netherlands”, *Qual Health*, (2009).

- Wiersema Nicole J., J. Drukker Anouck, B T. Dung Mai, H Nhu Giang, T. Nhu Nguyen & B. Lambalk Cornelis. "Consequences of infertility in developing countries: results of a questionnaire and interview survey in the South of Vietnam", Journal of Translational Medicine, 4 (54) (2006).
- -Wu, Ching. P & Wu, Chyi. I. "Stigma of Infertility And Privacy Invasion in Medical Spaces", Institute of Sociology R2313, Academia Sinica, No.128 Academia Rd, Nankang District, Taipei City 115, Taiwan.

